

VIITEHINTAJÄRJESTELMÄ JA HOIDETTAVAN SAIRAUDEN VAIKUTUS  
LÄÄKEVAIHTOON SUOSTUMISEEN

Jouni Honkanen  
Apteekkifarmasian  
erikoistumisopinnot  
proviisoreille, PD  
Projektityö  
Helsingin yliopisto  
Koulutus- ja  
kehittämiskeskus  
Palmenia  
Huhtikuu 2010

# HELSINGIN YLIOPISTON KOULUTUS- JA KEHITTÄMISKESKUS PALMENIA

Jouni Honkanen: Viitehintajärjestelmä ja hoidettavan sairauden vaikutus lääkevaihtoon suostumiseen

Apteekkifarmasian erikoistumisopinnot proviisoreille, PD

Projektityö, 44 s., 1 liite

Projektityön ohjaajat: Professori (Farmakoeconomia) Marja Blom, Helsingin yliopisto, Farmasian tohtori Minna Väänänen, Ferring

Huhtikuu 2010

---

## TIIVISTELMÄ

Maassamme otettiin vuonna 2009 käyttöön viitehinta osana lääkevaihtojärjestelmää. Sen tarkoituksena on hillitä lääkekorvausmenojen kasvua. Reseptilääkkeen käyttäjän lääkekustannukset kuitenkin kasvavat aikaisempaan verrattuna, jos hän kieltäytyy lääkkeen vaihtamisesta viitehintaryhmän lääkkeeseen.

Tutkimuksessa selvitettiin avoapteekkien reseptiasiakkaiden mielipiteitä käyttöön otetusta viitehintajärjestelmästä. Lisäksi tutkittiin lääkkeen vaihtohalukkuutta erityyppisiä sairauksia hoidettaessa. Vaihtohalukkuutta arvioitiin määrittämällä tarvittava hintaero, jotta lääkärin määräämä lääke vaihdettaisiin edullisempaan viitehinnalliseen lääkkeeseen.

Kyselytutkimus tehtiin kolmessa suomalaisessa apteekissa syksyllä 2009. Vastausprosentti oli 40 (n=302). Yskä, hammassärky, närästys, influenssa ja virtsatietulehdus olivat sairauksia, joissa lääkkeen vaihtohalukkuus oli suurin. Näiden sairauksien hoidossa yli 60 % asiakkaista vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen, jos hintaero olisi alle 6 €. Pienen vaihtohalukkuuden sairauksissa vaadittava hintaero oli 6 € tai enemmän, jotta yli puolet vaihtaisi lääkkeen edullisempaan. Ne olivat tyypillisesti pitkäkestoisia sairauksia kuten syöpä, sepelvaltimotauti ja Parkinsonin tauti. Pienituloisimmat vaihtaisivat muita useammin lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan.

Valtaosa (85 %) asiakkaista oli sitä mieltä, että viitehintajärjestelmä on tehokas keino yhteiskunnan (veronmaksajien) lääkekulujen kasvun hillitsemiseksi. Lähes yhtä suuri osa (80 %) oli sitä mieltä, että viitehintajärjestelmä on tehokas keino myös heidän omien lääkekulujensa pienentämiseksi. Asiakkaiden enemmistön (56 %) mukaan he ovat viitehintajärjestelmän takia lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa maksukykynsä perusteella. Pienituloisimmat olivat muita useammin tätä mieltä.

Lääkevaihtoon liittyvä neuvonta voi apteekissa olla haasteellista, koska pitkäkestoisten sairauksien hoitoon liittyi keskimäärin pienempi lääkkeen vaihtohalukkuus. Kuitenkin juuri näiden sairauksien hoidossa lääkevaihto voisi tuoda suurimmat säästöt. Tulosten yleistettävyyden kannalta tarvittaisiin laajemmalla aineistolla tehtäviä tutkimuksia.

AVAINSANAT: lääkevaihto, maksuhalukkuus, maksukorttimenetelmä, vaihtohalukkuus, viitehintajärjestelmä

## ESIPUHE

Tein apteekkifarmasian erikoistumisopintoihin proviisoreille (PD) sisältyvän projektityöni Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenian koulutusohjelmassa. Työni ohjaajina toimivat professori Marja Blom ja farmasian tohtori Minna Väänänen. Haluan kiittää heitä molempia asiantuntevasta ja kannustavasta ohjauksesta projektityöni aikana.

Helsingissä 25.4.2010

Jouni Honkanen

# SISÄLLYSLUETTELO

## TIIVISTELMÄ

## ESIPUHE

1	JOHDANTO.....	6
2	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	7
2.1	Onko rinnakkaislääkkeiden ja alkuperäislääkkeiden välillä eroja?.....	7
2.2	Lääkkeiden käyttäjien mielipiteet geneerisistä lääkkeistä.....	8
2.3	Lääkevaihtotutkimukset.....	9
2.4	Viitehintajärjestelmällä saavutetut säästöt lääkekuluissa.....	12
2.5	Taloudellisessa arvioinnissa käytettäviä menetelmiä.....	12
2.5.1	Diskreetti valinta ja maksukortti.....	13
2.5.2	Hypoteettinen harha ja ulkoinen validiteetti.....	15
2.5.3	Esimerkkejä taloudellisten arvottamismenetelmien käytöstä.....	16
2.5.4	Taloudelliset arvottamismenetelmät apteekin näkökulmasta.....	18
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	19
4	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	19
4.1	Aineisto.....	19
4.2	Kyselylomake.....	20
4.3	Tietojen kerääminen.....	21
4.4	Tutkimusaineiston käsittely.....	22
5	TULOKSET.....	23
5.1	Vastaajien taustatiedot ja lääkkeiden käyttöä koskevat kysymykset.....	23
5.2	Lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuus.....	26
5.3	Miten tulo- ja ikäluokka vaikuttavat lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuuteen?.....	29
5.4	Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmästä lääkekulujen pienentämisessä.....	30
5.5	Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta.....	32

5.6	Puutteellisten vastausten suuri osuus.....	33
6	POHDINTA.....	34
6.1	Käytetty menetelmä.....	34
6.2	Maksuhalukkuuteen vaikuttavat tekijät.....	37
6.3	Käsitykset viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta.....	38
6.4	Tulosten merkitys lääkeneuvonnan kannalta ja lisätutkimusten tarve.....	38
7	YHTEENVETO.....	39
8	KIRJALLISUUSLUETTELO.....	40

## LIITTEET

### LIITE 1 Kyselytutkimuslomake

# 1 JOHDANTO

Suomessa käytössä ollut lääkevaihto on tuonut säästöjä sekä lääkkeiden käyttäjille että yhteiskunnalle (Paldán ja Martikainen 2005). Lääkekorvausmenot ovat lääkevaihdoista huolimatta kasvaneet vuosi vuodelta. Hallitusohjelman mukaan lääkekorvausmenojen vuosittaisen reaalikasvun rajaksi on asetettu viisi prosenttia vuosille 2008–2011, minkä johdosta maassamme otettiin käyttöön 1.4.2009 alkaen viitehintajärjestelmä osana lääkevaihtoa (HE 100/2008 vp.). Tämä on vaatinut sekä sairausvakuutuslain (802/2008) että lääkelain (803/2008) muuttamista. Lääkevaihdon piiriin tuli enemmän valmisteita, koska siihen otettiin mukaan myös menetelmäpatentin suojaamat lääkkeet.

Viitehintaryhmä muodostuu valmisteista, jotka sisältävät saman määrän samaa vaikuttavaa ainetta samassa lääkemuodossa ja toisiaan vastaavassa pakkauskoossa (802/2008). Viitehintaa määrätty viitehintaryhmän edullisimman valmisteen mukaan. Jos edullisimman valmisteen arvonlisäverollinen vähittäishinta on alle 40 euroa, viitehintaa on edullisimman valmisteen vähittäishinta lisättynä 1,5 eurolla. Jos viitehintaryhmän edullisimman valmisteen hinta on 40 euroa tai enemmän, viitehintaa on edullisimman valmisteen vähittäishinta lisättynä 2 eurolla (HE 100/2008 vp.).

Apteekin asiakkaalle tärkein lääkevaihtoon liittyvä muutos ilmenee tilanteessa, jossa asiakas kieltää lääkärin määräämän viitehintaa kalliimman lääkkeen vaihtamisen johonkin viitehintaryhmän lääkkeeseen. Tällöin asiakas saa Kela-korvauksen vain viitehinnasta, sen ylittävän osan lääkkeen hinnasta hän maksaa itse (HE 100/2008 vp.). Koska asiakkaan lääkkeestään maksama omavastuu voi lääkevaihdoista kieltäytymisen takia lisääntyä paljonkin, asiakkaat joutuvat entistä tarkemmin harkitsemaan vaihtavatko he lääkkeensä edullisempaan.

Lääkkeen vaihtohalukkuutta erilaisia sairauksia hoidettaessa voidaan arvioida kysymällä asiakkailta kuinka suuri lääkkeiden välisen hintaeron on oltava, että he vaihtavat lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan valmisteeseen (Ganther ja Kreling 2000). Projektityössäni tutkittiin apteekkien reseptiasiakkaiden arvioita vaihtohalukkuudesta erityyppisiä sairauksia hoidettaessa sekä miten asiakkaan

tuloluokka vaikutti lääkkeen vaihtohalukkuuteen.

Tutkimuksen tuloksia voisi hyödyntää lääkeneuvonnassa siten, että lääkevaihdon turvallisuudesta ja lääkevaihdon tuomista säästöistä kerrotaisiin tehostetusti asiakkaille, jotka ostavat lääkkeitä sellaisten sairauksien hoitoon, joissa lääkkeen vaihtohalukkuus on pieni.

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Onko rinnakkaislääkkeiden ja alkuperäislääkkeiden välillä eroja?

Keskeinen lääkevaihdon edellytys on, että alkuperäislääke ja rinnakkaisvalmiste ovat biologisesti samanarvoisia, eli ”niiden pitoisuus-aikaprofiilit vertailevassa imeytymistutkimuksessa ovat niin samanlaiset, ettei ole odotettavissa eroja lääkkeen tehossa tai sen mahdollisesti aiheuttamissa haittavaikutuksissa” (Fimea 2009). Tutkimuksessa arvioitiin FDA:n (U.S. Food and Drug Administration) myyntiluvan myöntämilleen geneerisille lääkevalmisteille 12 vuoden aikana tekemiä biologisen samanarvoisuuden kerta- annostutkimuksia (Davit ym. 2009). Tarkastelun kohteena olivat oraaliset kiinteät lääkemuodot. Meta-analyysin mukaan geneeristen lääkevalmisteiden ja alkuperäislääkkeiden väliset erot olivat hyvin pienet lääkeaineen imeytymisnopeutta mittaavan  $C_{max}$ :n (lääkeaineen plasman maksimikonsentraatio) sekä AUC:n (pitoisuus-aikakäyrän pinta-ala) suhteen. Vertailtavat valmisteet olivat siten biologisesti samanarvoisia ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat lääkevaihtoa tehdessään luottaa siihen, että geneeristen lääkevalmisteiden kliiniset vaikutukset ja turvallisuus ovat samat kuin alkuperäisvalmisteeseen.

Melko vähän on tutkittu sitä mitä kliinisiä eroja aiheutuu geneeristen lääkkeiden käytöstä (Kesselheim ym. 2008). Kesselheimin ym. tekemässä meta-analyysissä arvioitiin tutkimuksia, joissa oli verrattu alkuperäislääkettä vähintään yhteen geneeriseen valmisteeseen. Tutkimus rajoittui sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien hoitoon käytettäviin lääkkeisiin. Tutkimukset olivat satunnaistettuja ja

kontrolloituja tutkimuksia tai havaintotutkimuksia. Meta-analyysissä ei löytynyt tukea sille, että alkuperäislääkkeet olisivat olleet geneerisiä lääkkeitä parempia tutkimuksissa mitattujen kliinisten lopputulosten osalta ( Kesselheim ym. 2008). Meta-analyysissä arvioitiin myös tieteellisten julkaisujen pääkirjoitusten näkökulmaa geneerisiin lääkkeisiin. Yli puolessa (53 %) kirjoituksista suhtauduttiin kielteisesti geneeristen lääkkeiden vaihtokelpoisuuteen. Kapean terapeuttisen indeksin lääkkeitä kommentoineissa pääkirjoituksissa kielteinen kanta oli vielä useammalla (67 %) kirjoittajalla. Meta-analyysin mukaan pääkirjoituksissa pitäisikin ottaa varovaisemmin kantaa geneeristen lääkkeiden käyttökelpoisuuteen, ellei kommenttien taustalle löydy pätevää tutkimusnäyttöä.

Varsinkin epilepsialääkkeiden käyttöön liittyen on esitetty tutkimustuloksia, joiden mukaan alkuperäislääkkeen vaihtaminen geneeriseen lääkkeeseen voi aiheuttaa epilepsiakohtauksia (Berg ym. 2008). Kyse on lähinnä tapauselostuksista, sillä kontrolloituja kliinisiä tutkimuksia ei ole tehty. Tapaukset ovat kuitenkin herättäneet epäilyjä FDA:n biologisen samanarvoisuuden testien riittämättömyydestä epilepsialääkkeiden osalta ja joka tapauksessa asiassa toivotaan lisää kliinistä näyttöä (Berg ym. 2008).

## 2.2 Lääkkeiden käyttäjien mielipiteet geneerisistä lääkkeistä

Tutkimusten mukaan kuluttajat suhtautuvat yleisesti ottaen suopeasti geneerisiin lääkevalmisteisiin, mutta pienituloisimmilla ja vähemmän koulutetuilla oli kuitenkin yleensä kielteisimmät asenteet geneerisiä lääkkeitä kohtaan (Gaither ym. 2001). Katsausartikkelissa tarkasteltiin 20 eri tutkimusta, joissa oli tutkittu kuluttajien käsityksiä geneerisistä resepti- ja itsehoitolääkkeistä (Hassali ym. 2009). Sen mukaan 40–60 % kuluttajista suhtautui suopeasti geneerisiin lääkkeisiin, mutta tämä ei välttämättä ilmene lisääntyneenä geneeristen lääkkeiden käyttönä. Samankaltaisia tuloksia saatiin myös postikyselynä tehdyssä tutkimuksessa, joka ei sisältynyt katsausartikkeliin (Shrank ym. 2009). Siinä reseptilääkekuuluvakuutettujen vastaajien enemmistön (56 %) mielestä kuluttajien tulisi käyttää enemmän geneerisiä lääkkeitä, mutta selvästi harvempi (38 %) valitsi geneerisen lääkkeen alkuperäislääkkeen sijasta.



Tämä siitäkin huolimatta, että vain harvempi kuin yksi kymmenestä oli sitä mieltä, että geneeriset lääkkeet aiheuttavat enemmän haittavaikutuksia kuin alkuperäislääkkeet.

Kuluttajien mielipiteiden ja käyttäytymisen erot voivat johtua heidän lääkehoitoon liittämästään riskiarviosta (Aronson 2006). Myös lääkäreiden on havaittu suhtautuvan ristiriitaisesti geneerisiin lääkkeisiin (Okechukwu ym. 2006). Tässä irlantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin miten yleislääkärit arvottavat näyttöön perustuvan lääkkeenmäärittämisen laatua mittaavia indikaattoreita. He arvostivat kustannustietoisuutta mittaavan indikaattorin (suuri geneeristen lääkemääräysten määrä) korkealle, mutta vertailu reseptitietokantaan osoitti, että määrättyjen geneeristen lääkkeiden osuus oli kuitenkin alhainen.

Plasebovaikutuksella voi olla suuri merkitys lääkkeen käyttäjälle. Laboratoriokokeessa koehenkilöille annettiin sähköshokkeja, minkä jälkeen he saivat kivun lievitykseen plaseboa, jonka sanottiin olevan nopeasti kipua lievittävää opioidianalgeettia (Waber ym. 2008). Toiseen ryhmään kuuluville sanottiin, että kipulääke maksaa 2,5 \$/tabletti ja toiseen ryhmään kuuluville kerrottiin, että lääkkeen hinta oli alennettu 0,10 \$:een/tabletti. Tulosten mukaan kivun lievitys oli tehokkaampaa normaalihintaisella tabletilla. Koska lääkkeen hintakin voi osaltaan vaikuttaa siihen, miten potilas kokee hyötyvänsä lääkähoidosta, kannattaa reseptilääkeasiakkaan kanssa lääkkeiden hinnoista puhuttaessa olla voimakkaasti korostamatta geneerisen lääkkeen edullista hintaa, koska se saattaa heikentää asiakkaan luottamusta rinnakkaisvalmisteisiin.

### 2.3 Lääkevaihtotutkimukset

Lääkevaihto on käytössä useissa Euroopan maissa (Simoens ja De Coster 2006). Aihetta on tutkittu runsaasti varsinkin lääkkeiden käyttäjien näkökulmasta (Kjoenniksen ym. 2006, Heikkilä ym. 2007). Potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia lääkevaihdesta selvitettiin retrospektiivisesti norjalaisessa kyselytutkimuksessa (Kjoenniksen ym. 2006). Tutkimukseen valittiin potilaita, jotka olivat käyttäneet useita reseptilääkkeitä viimeisen kuuden kuukauden aikana. Noin puolet asiakkaista ilmoitti, että heidän lääkkeitään oli vaihdettu edullisempiin rinnakkaisvalmisteisiin. Toinen puoli ei

muistanut tai ilmoitti, että heidän lääkkeitään ei ollut vaihdettu. Niistä asiakkaista, joiden lääkkeitä oli vaihdettu, 36 % ilmoitti lääkevaihtoon liittyvän kielteisiä kokemuksia. Kaikista vastanneista 41 % ei vaihtaisi lääkettään halvempaan, jos siitä ei koituisi heille itselleen säästöjä. Tutkimuksen mukaan lääkevaihdon lisäämiseksi tulisi kiinnittää ennen kaikkea huomiota lääkäreihin, jotta he informoisivat potilaitaan lääkevaihdosta (Kjoenniksen ym. 2006).

Lääkärin antaman geneerisiä lääkevalmisteita koskevan informaation merkitys lääkevaihtoon suostumisessa tulee ilmi kahdessa espanjalaisessa tutkimuksessa (Vallès ym. 2002, Sagardui-Villamor ym. 2005). Asiakkaista 13 % kieltäytyi apteekissa lääkevaihdosta (Sagardui-Villamor ym. 2005). He olivat saaneet informaatiota lääkevaihdosta omalta lääkäriltään. Lääkevaihdosta kieltäydyttiin herkemmin, jos asiakas oli iäkäs, hänellä oli alhainen koulutustaso tai hän oli eläkkeellä, jolloin lääkkeet olivat hänelle ilmaisia.

Laajassa 12 kuukautta kestäneessä tutkimuksessa potilaat suostuivat lääkevaihtoon lähes poikkeuksetta (Vallès ym. 2002). Potilaista lähes 99 % hyväksyi sen, että lääkäri kirjoitti heille suoraan geneerisen lääkemääräyksen. Potilaat saivat aina lääkärin vastaanotolla reseptien uusimisen yhteydessä sekä suullista että kirjallista informaatiota geneeristen valmisteiden eduista ja haitoista. Sen jälkeen heiltä kysyttiin haluavatko he geneerisen lääkkeen. Lääkevaihdosta kieltäytymisen syynä oli se, että potilas oli tyytyväinen alkuperäisvalmisteeseen, potilaan lääkäri oli muu kuin yleislääkäri, haittavaikutukset sekä muut syyt.

Espanjalaisessa apteekeissa tehdyssä tutkimuksessa asiakkaita pyydettiin vaihtamaan lääkärin heille määräämä lääke halvempaan, silloin kun alkuperäistä lääkettä ei ollut saatavilla (Honrubia ym. 2007). Asiakkaista 91 % hyväksyi lääkevaihdon. Lääkevaihtoon suostuminen oli kääntäen verrannollinen asiakkaan ikään. Tärkein syy vaihdosta kieltäytymiseen oli asiakkaan haluttomuus tehdä muutoksia lääkitykseensä. Samansuuntaisia tuloksia on havaittu myös Suomessa tutkittaessa apteekin asiakkaiden ja lääkäreiden mielipiteitä ja kokemuksia vuonna 2003 huhtikuun alussa käyttöön otetusta lääkevaihdosta (Heikkilä ym. 2007). Suurin osa lääkevaihdosta kieltäytyneistä

suhtautui siihen myönteisesti. Alle 60-vuotiaat pitivät uudistusta hyvänä useammin kuin vanhemmat asiakkaat, ja miehet pitivät uudistusta parempana kuin naiset. Suurin syy lääkevaihdoista kieltäytymiseen olivat asiakkaiden positiiviset kokemukset aiemmin käyttämistään lääkkeistä. Asiakkaiden enemmistön mielestä vaihtokelpoiset lääkkeet olivat turvallisia. Alle 60-vuotiaat olivat useammin tätä mieltä kuin vanhemmat asiakkaat.

Myös suurin osa lääkevaihtoon suostuneista piti lääkevaihtoa hyvänä uudistuksena (Heikkilä ym. 2007). Tärkeimmiksi syiksi toteutuneisiin lääkevaihtoihin mainittiin halu säästää rahaa ja farmaseutin suositus lääkevaihdoista. Lääkevaihtoon suostuneista 66 % mielestä vaihtokelpoiset lääkkeet olivat tehokkaita. Lääkevaihdoista kieltäytyneistä tätä mieltä oli 43 % vastaajista.

Tutkimuksessa kysyttiin myös lääkäreiden mielipiteitä lääkevaihdoista (Heikkilä ym. 2007). Suurin osa lääkäreistä suhtautui positiivisesti lääkevaihtoon. Kuitenkin yli puolet heistä oli sitä mieltä, että tiettyjen lääkeryhmien vaihtokelpoiset lääkkeet eivät ole yhtä tehokkaita ja turvallisia kuin alkuperäislääkkeet.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden arviota riskistä, joka liittyy erityyppisten vaivojen hoitoon geneerisillä lääkkeillä (Ganther ja Kreling 2000). He tutkivat myös mikä suhde on riskiarvion ja tarvittavan rahallisen säästön välillä, ennen kuin asiakas vaihtaa lääkärin määräämän alkuperäisen lääkkeen geneeriseen valmisteeseen. Kyselylomakkeeseen vastanneiden mielestä kaikkien vaivojen hoitoon geneerisellä valmisteella liittyy suurempi riski kuin hoidettaessa alkuperäisvalmisteella. Pienin riski liittyi yskän hoitoon ja suurin riski sydänvaivojen hoitoon. Kun riski laski, useampi oli valmis vaihtamaan geneeriseen valmisteeseen, vaikka rahallinen säästö olisi ollut pieni. Vastaavasti riskin kasvaessa tarvittavan säästön piti olla suurempi, jotta lääke vaihdettaisiin geneeriseen. Riskin kasvaessa myös niiden vastanneiden osuus, jotka eivät vaihtaisi geneeriseen valmisteeseen vaikka säästö olisi kuinka suuri, lisääntyi (3 % yskänlääkkeiden ostajista vs. 27 % sydänlääkkeiden ostajista).

Tutkimuksen perusteella apteekin lääkeneuvonnalla on suuria haasteita (Ganther ja Kreling 2000). Farmaseuttien tulisi antaa asiakkaille enemmän tietoa geneerisistä lääkkeistä ja vakuuttaa heidät valmisteiden turvallisuudesta. Tämän merkitys korostuu toimitettaessa lääkkeitä vaikeiden sairauksien hoitoon.

## 2.4 Viitehintajärjestelmällä saavutetut säästöt lääkekuluissa

Viitehintajärjestelmän arveltiin tuovan vuosittain noin 85 miljoonan euron kokonaissäästöt lääkekorvausmenoissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Ensimmäisen puolen vuoden aikana viitehintajärjestelmällä saavutetut säästöt sairausvakuutuksen lääkemenoihin olivat 43 miljoonaa euroa (Kansaneläkelaitos 2009). Säästöt on arvioitu laskemalla sairausvakuutuksen korvaamien lääkevaihdon piiriin kuuluvien lääkkeiden kokonaiskustannukset. Näitä on sitten verrattu kustannuksiin, jotka olisivat aiheutuneet, mikäli lääkkeiden hinnat olisivat olleet samalla tasolla ja lääkkeiden korvausjärjestelmä samanlainen kuin maaliskuussa 2009 ennen viitehintajärjestelmän käyttöönottoa.

Suurimmillaan viitehintajärjestelmän lääkemenoihin tuoma säästö on arvioitu 140 miljoonan euron suuruiseksi vuositasona (Suomen Apteekkariliitto 2009a). Sosiaali- ja Terveysministeriön arvioima 85 miljoonan euron vuotuinen kokonaissäästö on toteutunut jo alle vuoden kuluessa viitehintajärjestelmän käyttöönotosta (Lääketeollisuus 2010). Lääkkeiden hintojen lasku ensimmäisen puolen vuoden aikana on ollut ennakoitua suurempi, mikä on lääkkeiden käyttäjien kannalta hyvä asia. Raju hintojen lasku on vaikuttanut kuitenkin haitallisesti apteekkien talouteen ja se voi uhata jopa maankattavan apteekkiverkoston olemassaoloa (Suomen Apteekkariliitto 2009b).

## 2.5 Taloudellisessa arvioinnissa käytettäviä menetelmiä

Taloudellisissa arvioimismenetelmissä pyritään määrittämään rahallinen arvo sellaisille tuotteille tai palveluille, joille ei ole olemassa markkinahintaa (Bateman ym. 2002). Jos tällainen tuote tai palvelu vaikuttaa positiivisesti ihmisten hyvinvointiin, sillä on taloudellista arvoa.

Taloudelliset arvottamismenetelmät voidaan jakaa paljastettujen preferenssien (*revealed preferences*) menetelmiin ja lausuttujen preferenssien (*stated preferences*) menetelmiin (Bateman ym. 2002). Paljastettujen preferenssien menetelmä sopii käytettäväksi, kun tuotteelle tai palvelulle on olemassa markkinat ja ihmisten tekemiä valintoja voidaan havainnoida. Lausuttujen preferenssien menetelmässä ihmisiltä kysytään kuinka suuren taloudellisen arvon he liittävä tiettuihin tuotteisiin tai palveluihin.

Ehdollisen arvottamisen (*contingent valuation*, CV) menetelmillä voidaan tarkastella joko maksuhalukkuutta (*willingness to pay*, WTP) tai hyväksymishalukkuutta (*willingness to accept*, WTA) (Silvo ym. 2000). Maksuhalukkuustutkimuksissa voidaan käyttää kolmenlaisia menetelmiä. Nykyään suositellaan, että avoimen kysymyksen (*open-ended question*) menetelmästä tulisi luopua (Ryan ym. 2004). Avoimen kysymyksen menetelmässä osallistujilta kysytään suoraan mikä on suurin rahasumma minkä he ovat valmiita maksamaan hyödykkeestä. Maksimi maksuhalukkuuden arvo arvioidaan sitten esimerkiksi keskiarvon avulla. Menetelmän haitta on se että se on liian hypoteettinen eikä anna kuvaa siitä miten ihmiset käyttäytyvät markkinoilla (Ryan ym. 2004).

### 2.5.1 Diskreetti valinta ja maksukortti

Kaksi pääasiallisinta vaihtoehtoa avoimelle kysymykselle ovat diskreetti valinta (*dichotomous choice*) sekä maksukortti (*payment card*) (Ryan ym. 2004). Näissä menetelmissä ihmisiltä kysytään minkä arvoiseksi he arvioivat hyödykkeen, jolla ei ole markkinahintaa, jos markkinat olisivat olemassa (Bishop ym. 1983). Eli henkilöiltä kysytään heidän maksuhalukkuuttaan tai vaadittavaa kompensatiota, joka on riippuvainen luodusta keinotekoisesta markkinatilanteesta. Diskreetin valinnan menetelmässä osallistujilta yleensä kysytään maksaisivatko he tietyn heille satunnaisesti esitetyn hinnan jostakin hyödykkeestä. He vastaavat kyllä tai ei. Tieto, joka ihmisiltä saadaan on vain se, onko heidän maksimi maksuhalukkuutensa (WTP) yli vai alle tuon summan (Ryan ym. 2004). Hankaluutena menetelmässä on se, että se vaatii suuren tutkimusotoksen ja tulosten analysointi on monimutkaisempaa (Silvo ym. 2000). Maksukorttimenetelmässä ihmisille esitetään kortin tai taulukon avulla erisuuruisia

tarjouksia ja he valitsevat niistä sen, joka parhaiten vastaa heidän maksimi maksuhalukkuuttaan (Rowe ym. 1996, Silvo ym. 2000).

Maksukorttimenetelmän avulla voidaan myös selvittää ihmisten hyväksymishalukkuus (WTA). Sillä tarkoitetaan rahamäärää, joka kompensoi menetyksen, kun hyödykkeen arvo laskee (Bateman ym. 2002). Menetelmää voidaan käyttää selvittäessä kuluttajien hyväksymishalukkuutta kysymällä heidän mielipidettään eri sairauksien hoitamisesta geneerisillä lääkkeillä (Ganther ja Kreling 2000). Tutkimuksissa on havaittu, että kuluttajien mielestä vakavampia sairauksia hoidettaessa geneeristen lääkkeiden käyttöön liittyy suurempi riski kuin alkuperäislääkkeiden käyttöön (Tootelian ym. 1988, Ganther ja Kreling 2000, Figueiras ym. 2008).

Maksukorttimenetelmä voi olla herkkä erilaisille harhoille (*bias*). Näistä tärkeimmät ovat maksukortin vaihtoehtojen kattamasta arvoalueesta johtuva harha (*range bias*) sekä keskikohtaharha (*mid-point bias*) (Whynes ym. 2004). Henkilöt saattavat ajatella, että heille esitetty maksukortti sisältää järkevinä pidettävien vaihtoehtojen ala- ja ylärajat. Esimerkiksi henkilöt, joiden maksuhalukkuus on alun perin vähäinen, voivat ajatella maksukortista, jonka arvot ylettyvät hyvin korkealle, että heidän pitäisi arvostaa hyödykettä enemmän ja he saattavat tällöin nostaa arviotaan. Keskikohtaharhassa vastaajat pyrkivät ilmoittamaan että heidän maksuhalukkuutensa on maksukortin keskivaiheilla (Ryan ym. 2004). Näyttöä *range bias*ksen olemassaolosta saatiin tutkimuksessa, jossa verrattiin saatuja maksuhalukkuuden arvoja käyttämällä kahta erilaista maksukorttia (Whynes ym. 2004). Maksukortilla, jonka asteikko ulottui 1000 £ saakka, saatiin 30 % suurempi keskimääräinen maksuhalukkuuden arvo kuin maksukortilla, jonka asteikko ulottui 100 £ saakka. Tämänkaltainen tulos voi vaikuttaa itsestään selvältä, mutta sillä minkälaista asteikkoa maksukortissa käytetään, on suuri vaikutus saatujen tulosten kannalta. Kärjistäen voidaan sanoa, että jos jollekin toimenpiteelle halutaan saada suuri maksuhalukkuus, kannattaa käyttää niin pitkää asteikkoa kuin on mahdollista. Jotta maksukortista johtuvaa harhaa voitaisiin vähentää, tulisi olla käytettävissä jonkinlainen arvio todellisesta maksuhalukkuuden arvosta.

Diskreetin menetelmän ja maksukorttimenetelmän hyväksyttävyys (*face validity*) on parempi kuin avoimen kysymyksen, koska nämä menetelmät vastaavat ihmisten normaalia käyttäytymistä ostostilanteessa eli molemmissa tapauksissa heillä on mahdollisuus valita maksavatko he tarjotun hinnan tuotteesta (Ryan ym. 2004).

Se millä menetelmällä maksuhalukkuutta mitataan vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Verrattaessa diskreetin valinnan menetelmää maksukorttiin ja avoimeen kysymykseen saatiin diskreetillä valinnalla huomattavasti suurempia maksuhalukkuuden arvoja (Frew ym. 2003). Syynä tähän voi olla se että maksukorttimenetelmässä on näkyvillä kaikki vaihtoehdot joista henkilö valitsee sen, joka vastaa hänen maksuhalukkuuttaan. Diskreetin valinnan menetelmää käytettäessä ongelmana on useammin se, että joillain henkilöillä on tapana sanoa aina kyllä esitettyihin vaihtoehtoihin ja tämä ”kyllä-sanominen” nostaa saatuja maksuhalukkuusarvoja (Ready ym. 1996, Ryan ym. 2004).

### 2.5.2 Hypoteettinen harha ja ulkoinen validiteetti

Maksuhalukkuustutkimuksia tehtäessä olisi hyvä jos olisi mahdollisuus samalla arvioida myös testin ulkoista validiteettia. Maksuhalukkuutta klamydian seulonnan osalta selvitettiin siten, että henkilöt osallistuivat sekä maksukorttikokeeseen että diskreetin valinnan kokeeseen (Ryan ja Watson 2009). Tässäkin tutkimuksessa diskreetin valinnan koe tuotti suuremmat maksuhalukkuuden arvot kuin maksukorttimenetelmä. Ulkoista validiteettia testattiin siten, että osallistujat täyttivät perhesuunnitteluklinikan lääkärin vastaanotolle pääsyä odotellessaan kyselylomakkeet. Lääkärin vastaanotolla heille tarjottiin mahdollisuutta osallistua ilmaiseen klamydiatestiin. Ero oli tilastollisesti merkitsevä kummankin testin osalta eli ilmaiseen klamydiatestiin osallistuneita oli vähemmän kuin kyselylomakkeiden perusteella oli odotettavissa.

Diskreetin valinnan menetelmään liittyy yleinen yliarvioinnin ongelma, josta usein käytetään nimeä hypoteettinen harha (Blumenschein ym. 2001). Tätä tukevia tuloksia saatiin tutkimuksessa, jossa verrattiin hypoteettisen ja todellisen maksuhalukkuuden eroja terveydenhuoltosektorilla (Blumenschein ym. 2001). Kyseessä oli farmasistin asiakkaalle tarjoama astman hoito-ohjelma. Tutkimukseen osallistujat oli jaettu ryhmiin,

joista toiset osallistuivat diskreetin valinnan kokeeseen, jossa heiltä kysyttiin olisivatko he valmiita maksamaan tietyn hinnan farmasistin tarjoamasta palvelusta. Toiseen ryhmään kuuluvilla oli mahdollisuus osallistua astmaohjelmaan maksua vastaan. Tulokset osoittivat, että hypoteettinen maksuhalukkuus oli yli kolme kertaa suurempi kuin todellinen maksuhalukkuus. Toisaalta on saatu viitteitä siitä että hypoteettista harhaa ei välttämättä esiinny terveydenhuollon alueella (Bryan ja Jowett 2009). He tutkivat warfariinihoitoa saavien potilaiden maksuhalukkuutta itse tehtävässä INR-seurannassa. Tutkimuksen mukaan potilaat, jotka ilmoittivat maksuhalukkuustutkimuksessa suuremman maksuhalukkuuden arvon itsehoidossa käytettävälle mittarille, myös todellisuudessa ostivat sen useammin kuin potilaat, jotka ilmoittivat pienemmän maksuhalukkuuden arvon. Lisäksi voimakkain ostopäätöstä ennustava tekijä oli hypoteettinen maksuhalukkuus.

Tutkimuksessa käytettävän maksukortin rakenteella on myös vaikutusta saatuihin tuloksiin. Yleensä maksukortit on muotoiltu siten, että vaihtoehdot alkavat pienimmästä arvosta ja etenevät siitä suurimpaan. Mitään perusteita ei ole sille, ettei maksukortissa voisi käyttää eri järjestystä (Smith 2006). Maksukortti, jossa arvot menivät suurimmasta pienimpään listaa alaspäin luettaessa, tuotti suuremmat maksuhalukkuuden arvot kuin maksukortti, jossa arvot olivat pienimmästä suurimpaan tai maksukortti, jossa arvot esitettiin sattumanvaraisessa järjestyksessä (Smith 2006). Kyseisessä tutkimuksessa selvitettiin ihmisten maksuhalukkuutta kuvitteellisessa tilanteessa, jossa heiltä kysyttiin kuinka paljon he olisivat valmiita maksamaan, että heidän nykyinen terveydentilansa ei heikkenisi heille esitettyyn huonompaan terveydentilaan. Tutkimus tehtiin puhelinhaastatteluna tai henkilökohtaisena haastatteluna. Miksi tulokset olivat tällaiset? Syynä saattaa olla ”kyllä-sanominen” eli haastateltava henkilö saattaa yrittää miellyttää haastattelijaa ja he valitsevat siten listan alussa esitettyjä suurempia vaihtoehtoja. Tarkempia syitä näihin eroihin voisi selvittää kvalitatiivisen tutkimuksen avulla (Smith 2006).



### 2.5.3 Esimerkkejä taloudellisten arvottamismenetelmien käytöstä

Ehdollisen arvottamisen menetelmiä on käytetty jo 1960-luvulta alkaen ja niistä on tullut laajimmin käytetty menetelmä elinympäristön tilaan liittyvissä arvottamistutkimuksissa (Silvo ym. 2000). Ensimmäiset menetelmien käyttäjät olivat ympäristötaloustieteilijöitä ja he halusivat laskea arvon ympäristöön kohdistuville taloudellisen toiminnan seurauksille kuten saastumiselle tai kulumiselle (Whynes ym. 2004). He käyttivät yleensä tarjouspuuta (*bidding game*), jossa vastaajaa pyydetään maksamaan yhä suurempia ja suurempia summia, kunnes hän on indifferentti valinnan suhteen eli on saavutettu maksuhalukkuuden yläraja (Silvo ym. 2000).

Esimerkkinä uudemmassa ympäristövaikutusten tutkimuksesta on selvitys, jossa kysyttiin kuinka paljon lisää veroja ihmiset ovat valmiita maksamaan, jotta toimenpide, jolla happosateiden vaikutuksia luonnonpuiston ekosysteemiin pystytään vähentämään, voidaan toteuttaa (Banzhaf ym. 2006). Tutkimuksen tarkoituksena oli laskea toimenpiteen aikaansaaman ympäristön tilan paranemisen taloudellinen arvo kertomalla keskimääräinen maksuhalukkuus luonnonpuiston lähialueen kotitalouksien lukumäärällä. Tutkimuksesta riippuen toimenpiteen kokonaisarvoa ei välttämättä lasketa. Tutkittaessa joen virtauksen ennalleen palauttamiseen liittyviä ei-markkinahintaisia arvoja selvitettiin, kuinka paljon suuremman vesilaskun kotitaloudet olivat valmiita maksamaan, jotta veden virtaus pystyttäisiin palauttamaan ennalleen (Ojeda ym. 2008). Kummassakin tutkimuksessa käytettiin diskreetin valinnan menetelmää. Toimenpiteen kokonaisarvon laskemisesta on se hyöty, että se tarjoaa päättäjille arvion ihmisten (minimi)maksuhalukkuudesta ympäristön tilaa parantavista toimenpiteistä (Banzhaf ym. 2006).

Ehdollisen arvottamisen menetelmät sopivat käytettäväksi myös terveydenhuollon puolella. Tutkimuksessa on selvitetty muun muassa kuinka paljon perusterveydenhuollon potilaat ovat valmiita maksamaan kuusi kuukautta kestävästä kuvitteellisesta hoidosta, joka parantaisi heidän masennuksensa (Unützer ym. 2003). Potilaiden maksuhalukkuus oli verrannollinen muissa tutkimuksissa saatuihin maksuhalukkuuden arvoihin kroonisten sairauksien hoidossa ja se oli itse asiassa

suurempi kuin masennuksen hoidon todelliset kustannukset. Diskreetin menetelmän avulla selvitettiin henkilöiden maksuhalukkuutta painonhallinnassa (Liu ym. 2009). Vaihtoehtoina olivat matalaenerginen ruokavalio ja laihdutuslääke. Vastaajat olivat halukkaita maksamaan enemmän lääkkeestä kuin ruokavaliosta.

#### 2.5.4 Taloudelliset arvottamismenetelmät apteekin näkökulmasta

Maksukorttimenetelmän avulla voidaan selvittää maksuhalukkuus ja sitä voidaan käyttää apuna arvioitaessa apteekin asiakkaille tarjottavasta palvelusta perittävää hintaa esimerkiksi tutkittaessa neuvontapalvelua vaihdevuosioireista ja hormonikorvauslääkityksestä (Barner ja Branvold 2005). Asiakkaan käsitys farmasistin kyvyistä ja asiakkaan tulotaso liittyivät tilastollisesti merkitsevästi ja positiivisesti maksuhalukkuuteen.

Diskreetin menetelmän avulla tutkittiin minkä arvoisiksi vastaajat arvioivat farmasistin tarjoaman palvelun, joka vähensi riskiä saada lääkitykseen liittyviä ongelmia (Crealey ym. 2007). Kroonista sairautta sairastavien maksuhalukkuus oli pienempi kuin niiden, joilla ei ollut kroonista sairautta. Maksuhalukkuus oli pienempi myös silloin, jos vastaajan mielestä farmasisti ei käyttänyt riittävästi aikaa hänen kanssaan. Ongelma apteekin tarjoamissa lisäpalveluissa on usein se, että asiakkaat eivät ole aina valmiita maksamaan niistä (Suh 2000). Jos riski saada lääkitykseen liittyviä haittoja oli alun perin pieni (10 %), suurin osa asiakkaista ei ollut valmiita maksamaan farmasistin neuvontapalvelun aikaansaamasta riskin vähenemisestä (10 % → 5 %). Maksuhalukkuus kuitenkin lisääntyi alkuperäisen riskin suuretta siten, että todennäköisyys, että asiakkaat olivat valmiita maksamaan riskin vähenemisestä 20 %:sta 10 %:een oli lähes 2,5 kertaa suurempi ja riskin vähenemisestä 40 %:stä 20 %:een 3 kertaa suurempi verrattuna todennäköisyyteen, että he maksaisivat 5 % riskin vähenemisestä.

Taloudellisilla arvottamistutkimuksilla voidaan selvittää minkä arvoiseksi henkilöt arvioivat sairauden oireiden vähenemisen tai täydellisen oireettomuuden (Lloyd ym. 2007). Astmapotilaat olivat valmiita maksamaan eniten kuvitteellisesta hoidosta, joka parantaisi astman täysin. Maksuhalukkuus oli sitä suurempi mitä huonompi potilaan

astmatasapaino oli. Potilaiden maksuhalukkuus oli pienempi hoidosta, joka estäisi lääkärin hoitoa vaativat astmakohtaukset. Potilaat olivat valmiita maksamaan huomattavasti vähemmän siitä, että heidän tarvitsisi käyttää avaavaa lääkettä harvemmin. Tämä tukee sitä yleistä havaintoa, että astmapotilaat ovat tottuneita käyttämään nopeasti vaikuttavaa beta-agonistia oireiden lievitykseen (Lloyd ym. 2007). Apteekkeissa tulisi kannustaa potilaita astman hyvään omahoitoon, jotta astmatasapaino paranisi, koska tämän tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat suuresti oireettomuutta ja hoitotasapainoa, jossa ei esiinny vakavia astmakohtauksia.

Diskreetin valinnan menetelmää käytettiin tutkittaessa mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten potilas valitsee itsehoidon ja farmasistin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen neuvojen välillä lievän sairauden hoidossa (Porteous ym. 2007). Tutkimuksessa oli käytetty esimerkkinä flunssan kaltaisia oireita (nuhakuume). Potilaat suosivat sairauden hoidossa eniten itsehoitoa (suurin maksuhalukkuus), seuraavana neuvojen kysymistä apteekista, jonka jälkeen yleislääkärin konsultaatiota. Kahden viimeksi mainitun välinen ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Potilaat suosivat oireiden hoidossa sellaisia vaihtoehtoja, joiden odotusaika ja kustannukset olivat pienimmät.

### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko vaadittava hintaero erilainen erityyppisiä sairauksia hoidettaessa, jotta reseptiasiakkaat vaihtavat lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan viitehinnalliseen lääkkeeseen. Lisäksi haluttiin selvittää miten asiakkaan taustatekijät (tulot, ikäluokka) vaikuttavat lääkkeiden vaihtohalukkuuteen sekä mitä mieltä asiakkaat ovat viitehintajärjestelmästä lääkekulujen pienentämisessä sekä viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta.

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Aineisto

Tutkimukseen osallistujat olivat kolmen suomalaisen avoapteekin aikuisia reseptiasiakkaita yhden viikon aikana syksyllä vuonna 2009. Tutkimus tehtiin eri puolella Suomea sijaitsevista apteekeista, jotka olivat Espoon VIII Olarin apteekki, Jalasjärven apteekki ja Tampereen XI Haka apteekki. Kaksi apteekista sijaitsi kaupungissa ja yksi pienemmässä maaseutukunnassa. Apteekit olivat keskisuuria (reseptuuri vähintään 60 000/vuosi) tai suuria. Pienempiä apteekkejä ei voitu ottaa tutkimukseen mukaan, koska kyselytutkimuslomakkeita (250 kpl/apteekki) jaettiin asiakkaille vain yhden viikon ajan. Aikarajoitteen takia apteekin asiakasmäärän oli oltava riittävän suuri, jotta kaikki kyselylomakkeet saatiin jaettua tutkimukseen osallistuneille. Tutkimuksen odotettu otoskoko oli täten 750.

### 4.2 Kyselylomake

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jossa käytettiin maksukortti-menetelmää hyväksymishalukkuuden selvittämiseksi. Kyselylomake pilotoitiin 5 henkilöllä. Pilotoinnin jälkeen kyselylomaketta muokattiin hieman saatekirjeen sekä muutaman kysymyksen muotoilun osalta. Kyselylomake (LIITE 1) sisälsi 10 kysymystä. Kysymykset olivat pääasiassa monivalintakysymyksiä, ja vastaajaa pyydettiin ympyröimään tai rastittamaan mielipidettään parhaiten vastaava vaihtoehto. Kysymyksillä selvitettiin asiakkaiden taustatietoja sekä muun muassa asiakkaiden reseptilääkkeiden käyttöä, pitkäaikaissairauksia sekä heidän mielipiteitään viitehintajärjestelmästä.

Hyväksymishalukkuutta (WTA) mittaavaan kysymykseen (nro 4) valittiin 16 eri sairautta. Ne ovat sellaisia, joita tyypillisesti hoidetaan lääkkeillä. Sairaudet pyrittiin valitsemaan siten, että mukana olisi sekä pitkäaikaissairauksia että lyhytkestoisia sairauksia tai lääkkeillä hoidettavia vaivoja. Lisäksi sairaudet jaoteltiin ryhmiin sairauteen liittyvän riskin perusteella (Kuvio 1). Riskiarvio perustui projektityöntekijän

subjektiiviseen arvioon eri sairauksista ja niiden hoitoon liittyvästä riskistä, sillä potilaiden tai kuluttajien mielipiteitä on tutkittu lähinnä yksittäisten sairauksien osalta, eikä käsityksiä eri sairauksien vakavuudesta ole verrattu toisiinsa.

Tutkimuksen hypoteesina oli, että jos sairauden riski on suuri ja sairaus on pitkäkestoinen, on vaadittavan hintaeron oltava suurempi, jotta asiakas vaihtaa lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan.

sairauden kesto		
	lyhyt	pitkä
pieni riski	<b>närästys</b> <b>hammassärky</b> <b>yskä</b> <b>virtsatietulehdus</b>	<b>diabetes</b> <b>astma</b> <b>Parkinsonin tauti</b> <b>korkea kolesteroli</b>
suuri riski	<b>silmän herpesinfektio</b> <b>klamydia</b> <b>influenssa</b> <b>laskimotukkeuman ehkäiseminen</b> <b>leikkauksen jälkeen</b>	<b>syöpä</b> <b>sepelvaltimotauti</b> <b>masennus</b> <b>silmänpainetauti</b>

Kuvio 1. Sairauksien jako nelikenttään sairauden keston ja sairauden hoitoon liittyvän riskin perusteella

#### 4.3 Tietojen kerääminen

Kaikki tutkimukseen osallistuneet apteekit olivat suoratoimitusapteekkeja ja farmaseutti tai proviisori antoi reseptintoimituksessa ollessaan kyselylomakkeen joka toiselle täysikäiselle reseptiasiakkaalleen. Kyselylomake annettiin vastattavaksi siitä riippumatta, hakiko asiakas lääkkeitä itselleen vai jollekin toiselle henkilölle. Tutkimukseen osallistuville annettiin kyselylomakkeen mukana vastauskuori, jonka postimaksu oli

maksettu. Heitä pyydettiin vastaamaan kyselyyn joko apteekissa asioidessaan tai kotonaan. Täytetyt kyselylomakkeet pyydettiin palauttamaan joko apteekkiin tai postin kautta. Vastaukset pyydettiin palauttamaan viikon sisällä tutkimuksen tekemisestä ja vastauksia kerättiin vielä 2 viikkoa tämän jälkeen.

#### 4.4 Tutkimusaineiston käsittely

Kyselylomakkeiden vastausten tallentamiseen käytettiin OpenOffice-taulukkolaskentaohjelmaa (OpenOffice.org 3). Tulosten tilastollinen käsittely tehtiin samalla ohjelmalla. Ristiintaulukoiduille tuloksille tehtiin  $\chi^2$  (khii-toiseen)-testi. Sen avulla selvitettiin kuinka todennäköistä on, että otoksessa havaitut erot ovat olemassa myös perusjoukossa (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010).

Kyselylomakkeeseen vastanneiden taustamuuttujia yhdisteltiin seuraavalla tavalla. Vastaajat jaettiin syntymävuoden mukaan ikäluokkiin (18–34-vuotiaat, 35–44-vuotiaat, 45–64-vuotiaat, 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat). Tilastollista vertailua varten muodostettiin ikäluokat 18–64-vuotiaat sekä 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Vastaajien elämäntilannetta kuvaavat muuttujat yhdistettiin tilastollista vertailua varten siten, että muodostettiin työelämässä olevien ryhmä (kokopäivä- tai osa-aikatyössä olevat ja yksityisyritykset) sekä eläkeläisten ryhmä (työeläkkeellä tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat).

Kysymys 5:ssä käytettyä Likert-asteikkoa muokattiin tulosten käsittelyssä siten, että mielipiteet täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä yhdistettiin mielipiteeksi samaa mieltä. Mielipiteet täysin eri mieltä ja osittain eri mieltä yhdistettiin mielipiteeksi eri mieltä. Näin saatiin kolme mielipideluokkaa yhdessä mielipiteen ei samaa eikä eri mieltä kanssa.

Kysymys nro 4 vastausten tilastollista käsittelyä varten laskettiin, miten vastaukset jakautuivat koko aineistossa. Jotta saatiin vertailukohta tilastollista testausta varten, laskettiin minkä euromäärien ylä- ja alapuolelle noin puolet vastauksista sijoittui. En

vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä -vaihtoehtoa ei otettu mukaan, koska näin vastanneilla oli tavallaan ääretön maksuhalukkuus. Mukana saattoi olla myös protestiäänä. Kaikista vastanneista 59 % vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan viitehinnalliseen, jos säästö olisi alle 6 €. Vastaavasti 41 % vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan, mikäli säästö olisi 6 € tai enemmän. 6 € raja toimi siten vertailukohtana.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot ja lääkkeiden käyttöä koskevat kysymykset

Kaikki lomakkeet saatiin jaettua viikon aikana vastaajille. Lomakkeita palautui 483 kappaletta ja vastausprosentti oli 64. Lomakkeista päätettiin hylätä kaikki, joissa oli jätetty vastaamatta yhteenkin kysymykseen, jolloin vastausprosentiksi muodostui 40 (n=302). Tämän perusteella lasketut apteekkikohtaiset vastausprosentit olivat Olarin apteekki 37 %, Jalasjärven apteekki 30 % ja Tampereen Haka-apteekki 52 %. Vastanneista naisia oli 72 % ja miehiä 28 %. Vastaajien keski-ikä oli 63 vuotta (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kyselylomakkeeseen vastanneiden asiakkaiden (n=302) taustatiedot.

	%	Lukumäärä
<b>Sukupuoli</b>		
Nainen	72	216
Mies	28	86
<b>Ikä (vuotta)</b>		
18–34	17	52
35–44	14	41
45–64	47	141
65–	23	68
Keskiarvo	63	
Vaihteluväli	18–82	
<b>Talouden koko</b>		
Yksi aikuinen	35	105
Kaksi aikuista	59	177
Kolme aikuista	6	17
Neljä tai useampi	1	3
<b>Talouden nettotulot kuukaudessa (€)</b>		
Alle 1000	7	22
1001–2000	28	84
2001–3000	28	84
3001–4000	18	54
4001–5000	12	36
Yli 5000	7	22

Vastaajista suurin osa (85 %) käytti säännöllisesti jotain reseptilääkettä, 15 % ei käyttänyt reseptilääkettä säännöllisesti. Huomattavaa on, että vanhimmasta ikäluokasta käytännössä kaikki (99 %) käyttivät säännöllisesti reseptilääkkeitä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Reseptilääkkeiden käytön säännöllisyys ikäryhmittäin (n=302).

Käytättekö säännöllisesti jotain reseptilääkettä?	Kyllä	Ei
Ikä (vuotta)	%	%
18–34	71	29
35–44	81	19
45–64	85	15
65–	99	1
Keskiarvo	85	15

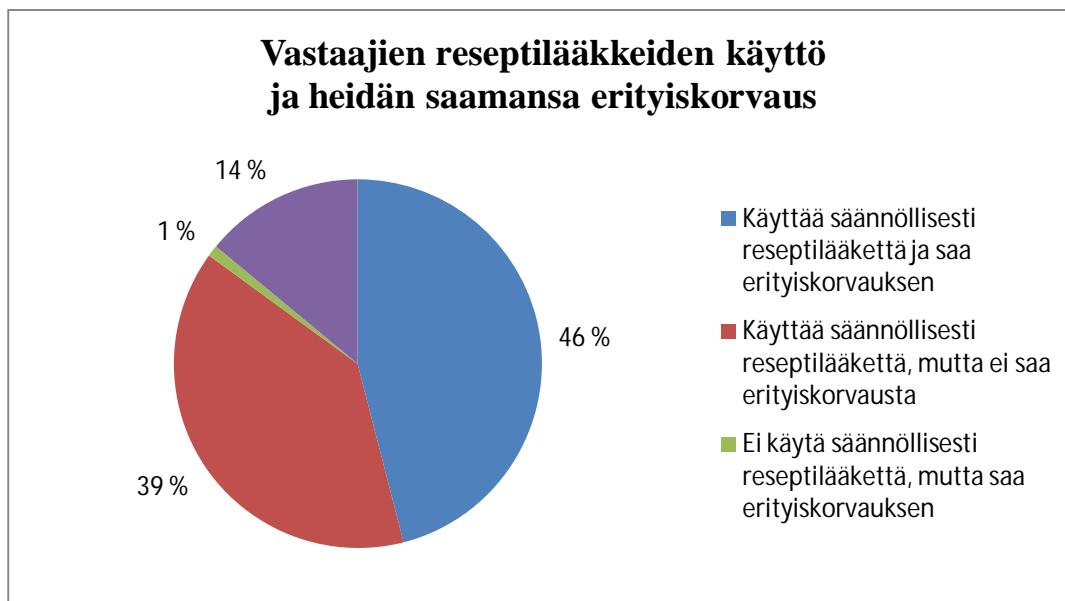


Lähes puolet vastanneista (46 %) käytti jotain erityiskorvattavaa (72 % tai 100 % korvausluokka) reseptilääkettä (Taulukko 4). Vastaavasti noin puolet (52 %) ei käyttänyt erityiskorvattavaa reseptilääkettä. Vanhemmat ikäluokat käyttivät nuorempia enemmän erityiskorvattavia lääkkeitä.

Taulukko 4. Erityiskorvattavaa lääkettä käyttävien osuus (n=302).

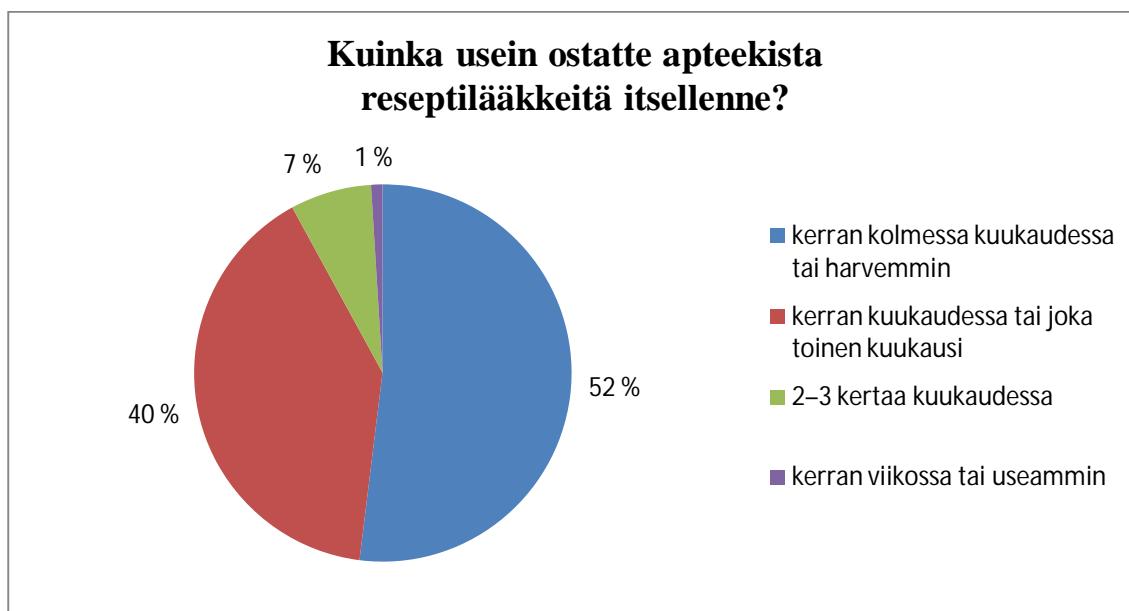
Käyttättekö jotain lääkettä, josta saatte erityiskorvauksen?	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
<b>Ikä (vuotta)</b>	%	%	%
18–34	23	71	6
35–44	39	59	2
45–64	47	53	0
65–	68	31	1
Keskiarvo	46	52	2
<b>Sukupuoli</b>			
Nainen	44	55	1
Mies	52	46	2

Säännöllisesti reseptilääkettä käyttävistä erityiskorvaukseen oikeutettuja oli lähes puolet (46 %) vastanneista, 39 % ei saanut lääkkeitään erityiskorvausta (Kuva 1). Henkilöiden, jotka eivät käyttäneet säännöllisesti reseptilääkkeitä eivätkä saaneet erityiskorvausta, osuus oli 14 % ja kyselylomakkeeseen vastanneista vain kaksi henkilöä (0,7 %) oli erityiskorvaukseen oikeutettuja, mutta he eivät käyttäneet säännöllisesti reseptilääkkeitä.



Kuva 1. Asiakkaiden reseptilääkkeiden käytön säännöllisyys ja heidän saamansa erityiskorvaus (% vastanneista) (n=302).

Puolet vastaajista (52 %) osti reseptilääkkeitä itselleen kerran kolmessa kuukaudessa tai harvemmin (Kuva 2). Kerran kuukaudessa tai joka toinen kuukausi reseptilääkkeitä osti 40 % vastanneista. Vain alle 10 % vastanneista osti itselleen reseptilääkkeitä kaksi kertaa kuukaudessa tai useammin.



Kuva 2. Reseptilääkkeiden oston useus (% vastanneista) (n=302).

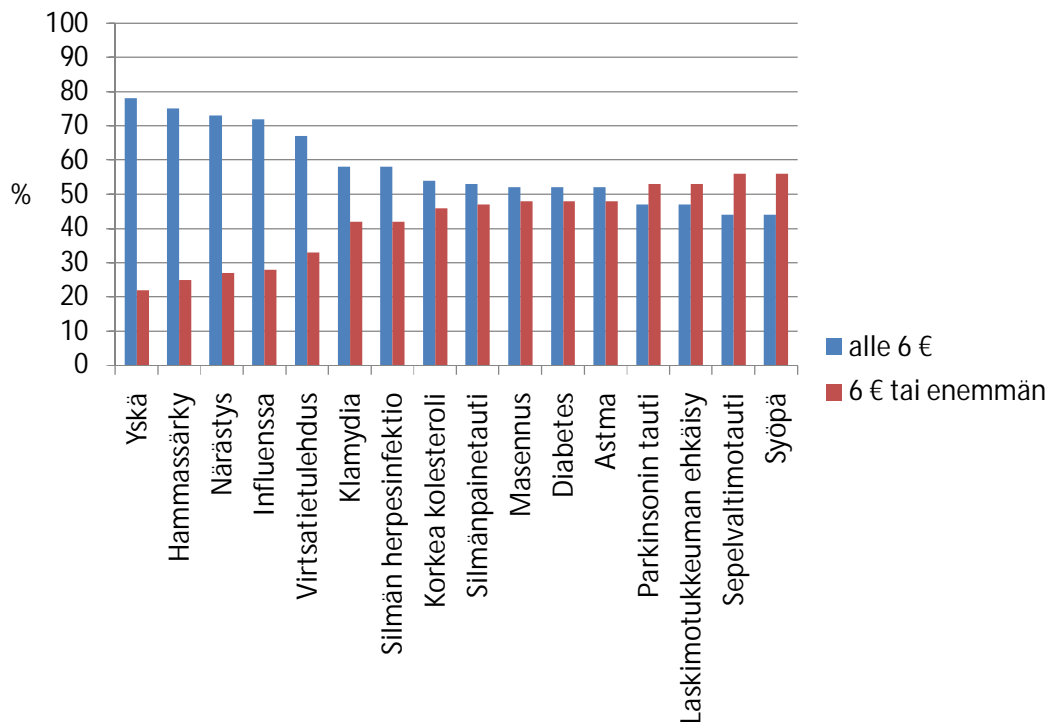
## 5.2 Lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuus

Sairaus, jonka hoitamisessa riitti pienin hintaero lääkkeen vaihtamiseen viitehinnalliseen, oli yskä. Vastaajista 46 %:lle riitti alle 2 € hintaero, jotta he vaihtaisivat lääkkeen (Taulukko 5). Seuraavaksi pienin hintaero vaadittiin hammassäryn (41 %), sitten influenssan (39 %) ja närästyksen (38 %) hoidossa. Suuri vaihtohalukkuus näiden sairauksien osalta näkyi myös taulukon toisessa päässä, jossa vaihtoehtona oli ”en vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä”. Hammassäryn hoidossa vain 6 % vastaajista ei vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä edullisempaan, närästyksen ja yskän hoidossa osuus oli 7 % ja influenssan hoidossa 9 %. Syöpä oli sairaus, jonka hoidossa vastaajista pienin osa (14 %) vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan, jos säästö olisi alle 2 €. Seuraavina olivat sepelvaltimotauti ja laskimotukkeuman ehkäiseminen leikkauksen jälkeen 16 % osuudella, jonka jälkeen Parkinsonin tauti 17 % osuudella. Sairauksiin liittyvä pieni vaihtohalukkuus näkyi myös siinä, että näitä sairauksia hoidettaessa vastaajat kieltäytyisivät useimmin lääkkeen vaihtamisesta edullisempaan. Syövän hoidossa 50 % vastaajista ei vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä edullisempaan, laskimotukkeuman ehkäisemisessä leikkauksen jälkeen 41 %, Parkinsonin taudin hoidossa 38 % ja sepelvaltimotaudin hoidossa 30 % vastaavasti. Muiden sairauksien osalta erot eivät olleet yhtä selvät. Aika suuri lääkevaihdoista kieltäytyneiden osuus (27 %) oli kuitenkin diabeteksen, masennuksen ja silmänpainetaudin hoidossa.

Taulukko 5. Eri sairauksia hoidettaessa tarvittava hintaero, jotta lääkärin määräämä lääke vaihdettaisiin edullisempaan.

Hoidettava sairaus	Hintaero (€) % vastanneista					
	alle 2 €	3–5 €	6–10 €	11–15 €	yli 15 €	En vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä.
Diabetes	18	20	24	6	5	27
Närästys	38	30	18	4	3	7
Syöpä	14	9	9	8	11	50
Silmän herpesinfektio	23	20	19	7	6	25
Astma	20	20	21	9	7	23
Hammassärky	41	29	15	4	5	6
Sepelvaltimotauti	16	15	20	11	9	30
Klamydia	26	21	22	5	6	20
Parkinsonin tauti	17	13	16	9	8	38
Yskä	46	26	15	3	3	7
Masennus	20	18	19	9	7	27
Influenssa	39	26	15	7	3	9
Korkea kolesterol	24	21	26	8	4	18
Virtsatietulehdus	32	25	17	8	3	15
Silmänpainetauti	21	18	22	6	6	27
Laskimotukkeuman ehkäiseminen leikkauksen jälkeen	16	11	16	10	6	41
Yhteensä % (n)	26 (1240)	20 (968)	18 (887)	7 (345)	7 (275)	23 (1117)

Syöpään, sepelvaltimotautiin, laskimotukkeuman ehkäisemiseen leikkauksen jälkeen sekä Parkinsonin tautiin liittyvä pieni lääkkeen vaihtohalukkuus havaitaan myös pylväsdiagrammikuvasa, jossa vaihtohalukkuuden rajana on käytetty hintaeroa 6 € (Kuva 3). En vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä -vaihtoehtoa ei ole otettu huomioon. Näitä sairauksia hoidettaessa hintaeron oli oltava 6 € tai enemmän, jotta yli 50 % vastaajista vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen. Muita sairauksia hoidettaessa alle 6 € hintaero riitti, jotta yli puolet vastaajista vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen.



Kuva 3. Edullisempaan lääkkeeseen vaihtamiseksi tarvittava hintaero sairauksittain (% vastanneista) (n=302).

Jos verrataan asiakkaiden lääkevaihtoa koskevia vastauksia Taulukkoon 1, jossa hoidettavat sairaudet oli jaoteltu sairauden keston ja riskin perusteella, asiakkaat vaihtaisivat useimmin lääkkeen, joka on määrätty lyhytkestoisen ja pieniriskisen sairauden hoitoon (närästys, hammassärky, yskä sekä virtsatietulehdus). Tähän ryhmään asiakkaiden vastauksien perusteella kuuluu myös influenssa. Aika suuri lääkkeen vaihtohalukkuus oli eräillä muillakin suuren riskin sairauksilla (Kuva 3). Muiden sairauksien osalta vastaukset jakautuivat niin paljon, ettei Taulukon 1 mukainen jaottelu ollut käyttökelpoinen vastausten analysoinnin kannalta.

En vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä -vastausten jakautumista tutkittiin tuloluokittain (Taulukko 6). Tuloluokkien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä Khii-toiseen testillä mitattuna.

Taulukko 6. Lääkevaihdoista kieltäytyneiden vastausten jakautuminen tuloluokittain

	En vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä -vastausten osuus kaikista vastauksista	
Tuloluokka (€)	%	n/N
alle 1000	20	69/352
1001–2000	23	311/1344
2001–3000	24	316/1344
3001–4000	25	213/864
4001–5000	25	142/576
yli 5000	20	72/352
Keskiarvo	23	1117/4832
n=en vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä -vastausten lukumäärä		
N=kaikkien vastausten lukumäärä		

### 5.3 Miten tulo- ja ikäluokka vaikuttavat lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuuteen?

Alimpaan tuloluokkaan kuuluvista 71 % vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan, jos hintaero olisi alle 6 € (Taulukko 7). Alin tuloluokka erosi tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista tuloluokista.

Taulukko 7. Vaihtohalukkuus lääkkeen vaihtamiseksi edullisempaan tuloluokittain kaikkien sairauksien osalta (% vastanneista) (n=302).

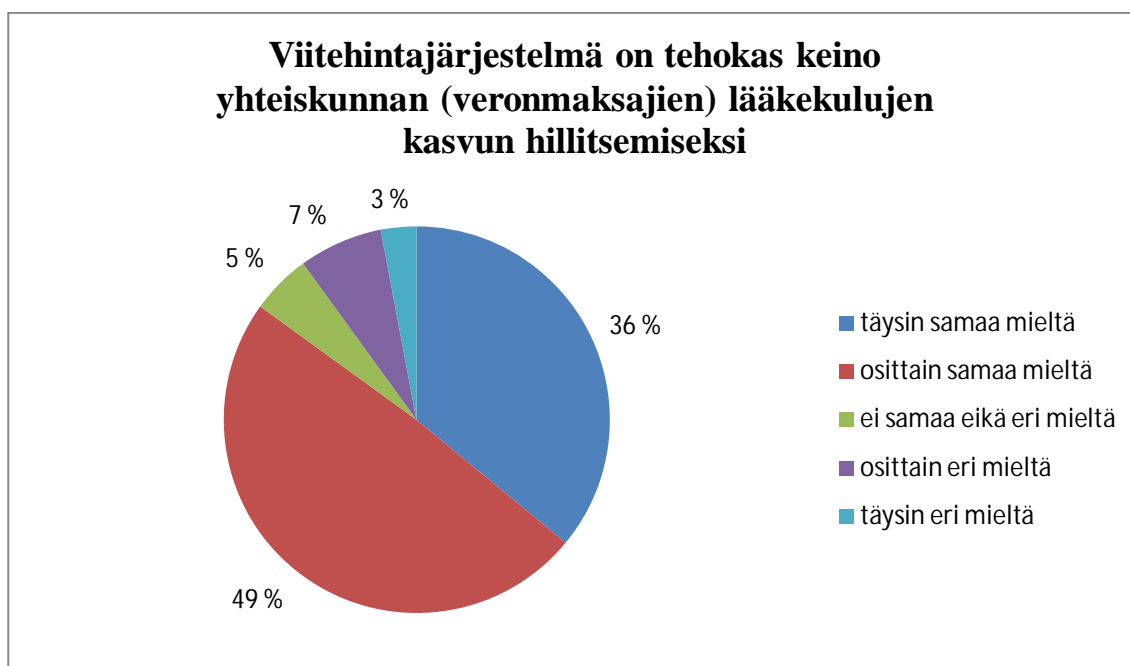
Tuloluokka (€)	Tarvittava hintaero		p-arvo*
	alle 6 €	6 €tai enemmän	
alle 1000	71	29	
1001–2000	59	41	p<0.001
2001–3000	62	38	p=0.01
3001–4000	57	43	p<0.001
4001–5000	54	46	p<0.001
yli 5000	55	45	p<0.001

\* alle 1000 €tuloluokka verrattuna muihin tuloluokkiin

Eri ikäluokkiin kuuluvat (18–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet) eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

#### 5.4 Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmästä lääkekulujen pienentämisessä

Kyselylomakkeeseen vastanneiden mielestä viitehintajärjestelmä on tehokas keino yhteiskunnan lääkekulujen kasvun hillitsemiseksi. Vastanneista 36 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja 49 % osittain samaa mieltä (Kuva 4). Vastanneista 5 % ei ollut samaa eikä eri mieltä, 7 % oli osittain ja 3 % täysin eri mieltä väittämän kanssa.



Kuva 4. Asiakkaiden mielipiteet viitehinnasta lääkekulujen kasvun hillitsijänä (% vastanneista) (n=302).

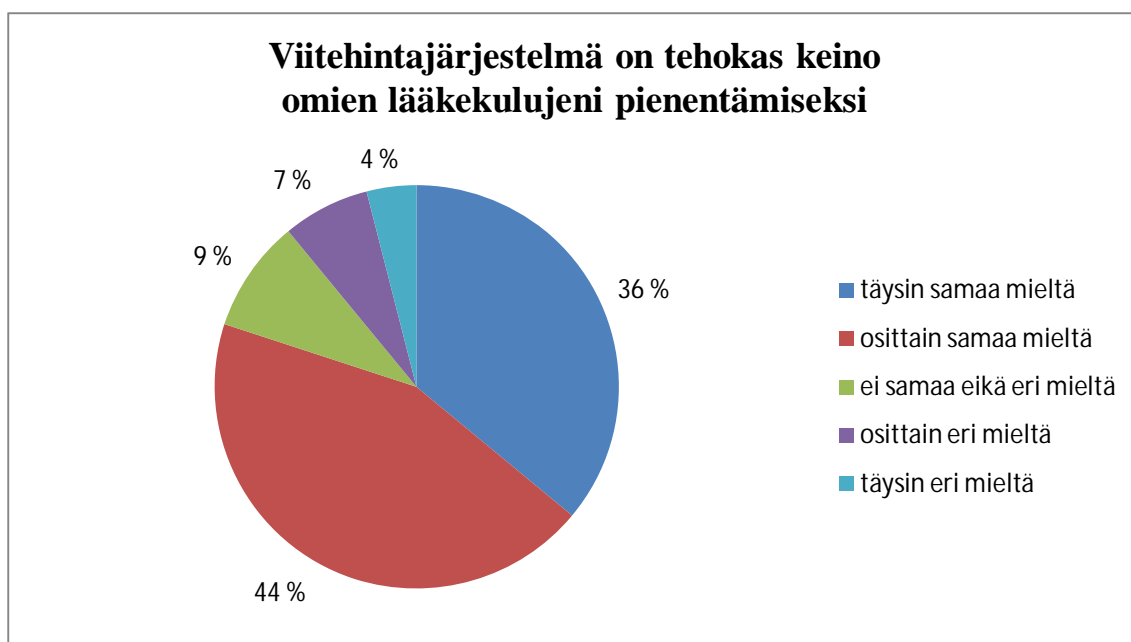
”Viitehintajärjestelmä on tehokas keino yhteiskunnan (veronmaksajien) lääkekulujen kasvun hillitsemiseksi” -väitteen vastauksia vertailtiin eri tuloluokkiin kuuluvien vastaajien osalta. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Vertailu tehtiin myös ikäluokkien välillä (Taulukko 8). Ikäluokkien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 8. Vastaukset kysymykseen viitehintajärjestelmä on tehokas keino yhteiskunnan (veronmaksajien) lääkekulujen kasvun hillitsijänä (n=302).

	Ikäluokka (v)			
	18–64		65–	
	%	n	%	n
Samaa mieltä	83	195	91	62
Eri mieltä	11	25	7	5
Ei samaa eikä eri mieltä	6	14	1	1

Naisten ja miesten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Myöskään elämäntilanteen mukaan verrattuna ryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi.

Viitehintajärjestelmä oli asiakkaiden mielestä tehokas heidän omien lääkekulujensa pienentäjänä (Kuva 5). Vastanneista 36 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja 44 % osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä oli 7 %, täysin eri mieltä oli 4 % ja 9 % asiakkaista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastauksia tarkasteltiin sukupuolen, ikäluokan, tuloluokan sekä elämäntilanteen mukaan. Ryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

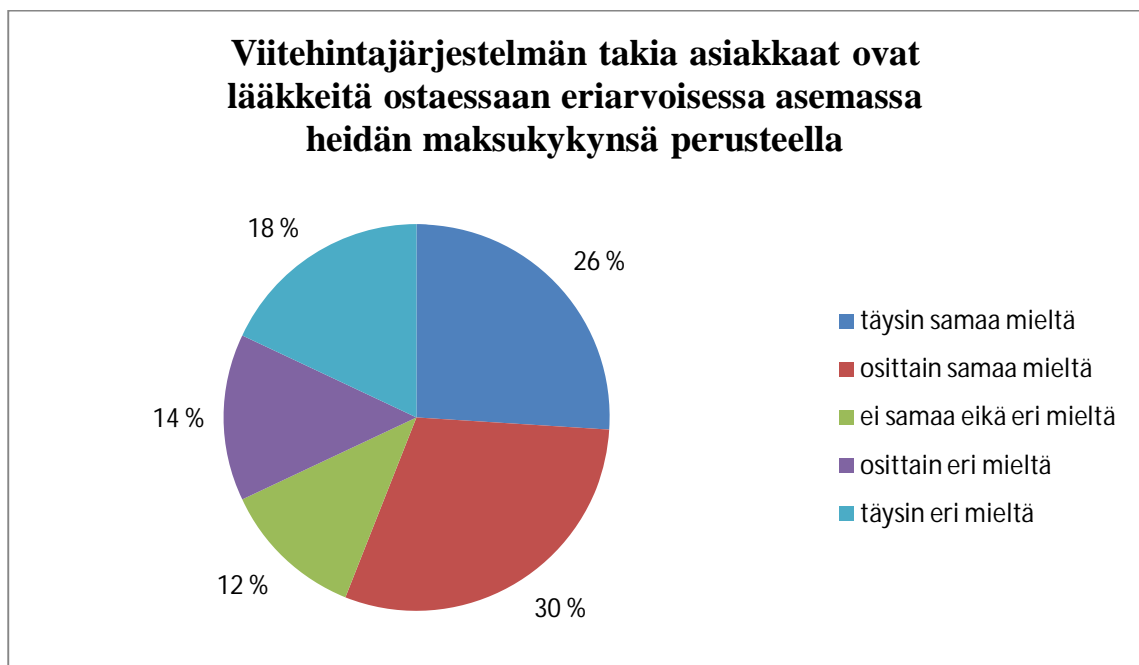


Kuva 5. Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmästä omien lääkekulujensa pienentäjänä (% vastanneista) (n=302).



### 5.5 Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta

Hieman yli puolet (56 %) asiakkaista oli sitä mieltä, että he ovat viitehintajärjestelmän takia lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella (Kuva 6). Eli neljäsosa vastanneista (26 %) oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja 30 % osittain samaa mieltä. Asiakkaista hieman alle kolmanneksen (32 %) mielestä he eivät ole viitehintajärjestelmän takia eriarvoisessa asemassa maksukykynsä perusteella, sillä 14 % vastanneista oli osittain eri mieltä ja 18 % täysin eri mieltä väittämän kanssa. Ei samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa oli 12 % vastanneista.



Kuva 6. Asiakkaiden mielipiteet viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta (% vastanneista) (n=302).

Alimmassa tuloluokassa vastaajat olivat useimmin sitä mieltä, että viitehintajärjestelmän takia asiakkaat ovat lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella (Taulukko 9). Alle 1000 € tuloluokka erosi tilastollisesti merkitsevästi vain 3001–4000 € tuloluokasta ( $p=0.02$ ).

Taulukko 9. Vastaukset kysymykseen viitehintajärjestelmän takia asiakkaat ovat lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella (n=302).

	Tuloluokka (€)											
	alle 1000		1001–2000		2001–3000		3001–4000		4001–5000		yli 5000	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Samaa mieltä	77	17	62	52	57	48	43	23	50	18	55	12
Eri mieltä	18	4	31	26	25	21	46	25	33	12	36	8
Ei samaa eikä eri mieltä	5	1	7	6	18	15	11	6	17	6	9	2

Vastauksia vertailtiin myös asiakkaan elämäntilanteen mukaan. Vertailtavina ryhminä olivat työssä olevat (kokopäivätyö, osa-aikatyö, yksityisyrittäjä), eläkkeellä olevat (työeläke, työkyvyttömyyseläke) sekä työttömät työnhakijat. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, kuten ei naisten ja miestenkään välillä. Eri ikäluokkiin kuuluvien mielipiteet on esitetty oheisessa taulukossa (Taulukko 10). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 10. Vastaukset kysymykseen viitehintajärjestelmän takia asiakkaat ovat lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella (n=302).

	Ikäluokka (v)			
	18–64		65–	
	%	n	%	n
Samaa mieltä	54	127	63	43
Eri mieltä	33	77	28	19
Ei samaa eikä eri mieltä	13	30	9	6

## 5.6 Puutteellisten vastausten suuri osuus

Koska tulosten käsittelyä varten hyväksyttiin vain vastauslomakkeet, joissa ei ollut yhtään puutteellista vastausta, on syytä tarkastella mihin kysymyksiin jätettiin useimmiten vastaamatta. Kyselylomakkeen hyväksymishalukkuutta mitanneessa

kysymyksessä (kysymys nro 4) oli eniten puutteellisia vastauksia. Todennäköisesti kysymystä pidettiin liian vaikeaselkoisena ja 8 % kyselylomakkeen palauttaneista jätti kokonaan vastaamatta siihen. Tavallisempaa oli kuitenkin, että kysymykseen oli vastattu vain osittain. Kysymykseen kokonaan vastaamatta jättäneiden keski-ikä oli 60 vuotta. Tyhjiä vastausten osuus vaihteli vaihtoehdon korkea kolesteroli 16 %:sta syövän, hammassäryn, klamydian ja Parkinsonin taudin 22 %:een. Yli puolet (57 %) kysymykseen vastaamatta jättäneistä kuului kahteen alimpaan tuloluokkaan (Taulukko 11). Seuraavaksi eniten tyhjiä vastauksia tuli asiakkaan ikää kysyttäessä (6 %). Muissa kysymyksissä tyhjiä vastausten osuus oli muutaman prosentin luokkaa.

Taulukko 11. Kysymykseen nro 4 kokonaan vastaamatta jättäneet tuloluokittain.

Tuloluokka (€)	Ei vastannut kysymykseen	
	%	n
alle 1000	27	9
1001–2000	30	10
2001–3000	18	6
3001–4000	15	5
4001–5000	6	2
yli 5000	3	1
Yhteensä	99	33

## 6 POHDINTA

### 6.1 Käytetty menetelmä

Hyväksymishalukkuutta mitanneessa kysymyksessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan tarvittavaa rahallista säästöä 16 eri sairauden hoidossa. Taulukko oli aika suuri ja se oli heti helpohkojen alkukysymysten jälkeen. Moni osallistuja saattoikin pitää tehtävää liian työläänä ja jätti sen vuoksi kysymykseen kokonaan vastaamatta. Osa oli vastannut vain yhden tai muutaman sairauden osalta. On mahdollista että he vastasivat vain niiden sairauksien osalta, joiden lääkehoidosta heillä itsellään on kokemusta. Toisaalta hammassärky oli niiden sairauksien (syöpä, klamydia, Parkinsonin tauti) joukossa, joiden kohdalla oli eniten tyhjiä vastauksia. Tämä oli yllättävää, sillä vaikka vastaajalla ei olisi kokemusta hammassärystä, olisi sen hoitoon liittyvän maksuhalukkuuden odottanut olevan helpommin arvioitavissa kuin ryhmän muiden sairauksien. Todennäköisesti osalla vastaajista oli vaikeuksia ymmärtää kysymyksen selitetekstiä ja itse taulukko oli toteutettu tavalla, joka ei auttanut heitä oivaltamaan kysymyksen tarkoitusta.

Kysymyksessä käytetyt lääkkeen vaihtamiseen vaadittavan hintaeron vaihtoehdot olivat alle 2 €, 3–5 €, 6–10 €, 11–15 €, yli 15 € sekä ”en vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä”. Vaihtoehdot olivat samat kuin eräässä aikaisemmassa tutkimuksessa (Ganther ja Kreling 2000). Tosin siinä raha-arvot oli esitetty dollareina. Projektityössä inflaation vaikutus olisi ehkä kannattanut huomioida, sillä edellä mainittu tutkimuskin oli tehty yli kymmenen vuotta sitten. Taulukossa käytetyt arvot olisivat siten voineet olla suuremmat, jotta vastausten välillä olisi ollut enemmän vaihtelua. Vaihtoehdot olisivat voineet olla esimerkiksi alle 5 €, 5–15 €, 16–25 €, 26–35 €, yli 35 € ja ”en vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä”. Tällöin vastaajat olisivat ehkä joutuneet pohtimaan tarkemmin eri vaihtoehtoja. Suuremmasta arvoalueesta mahdollisesti aiheutuva harha (*range bias*) olisi tuskin ollut ongelma (Whynes ym. 2004). Tutkimuksen tarkoituksenahan oli selvittää, onko erityyppisten sairauksien välillä eroa tarvittavan hintaeron (säästön) suuruudessa, jotta asiakas vaihtaa lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan viitehintaryhmän lääkkeeseen. Joillain tutkimukseen osallistuneista

viitehintajärjestelmän aikaiset ostokokemukset ja mielikuvat lääkkeiden hinnoista saattoivat vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Osa heistä sairasti todennäköisesti jotain kroonista sairautta, jonka hoidossa käytettävien lääkkeiden osalta heillä oli oikeus ylempään erityiskorvaukseen. Hyväksymishalukkuutta selvittäneessä kysymyksessä näitä sairauksia olivat diabetes, syöpä (yleisesti), Parkinsonin tauti sekä silmänpainetauti (glaukooma). Asiakkaat olivat ehkä ostaneet näitä lääkkeitä viitehintajärjestelmän aikana ja maksaneet niistä vain lääkekohtaisen omavastuun (3 €/lääke). Onkin mahdollista, että he olisivat herkästi valinneet vaihtoehdon ”en vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä” heille tutun sairauden hoidossa.

Taulukossa oli 16 eri sairautta, jotka oli valittu sairauden keston ja sairauteen liittyvän riskin perusteella, jotta saatiin 4 sairautta ryhmää kohti (ks. kappale 4.2). Tutkimuksissa on yleensä selvitetty kuluttajien tai potilaiden maksuhalukkuutta tai riskiarviota korkeintaan muutaman sairauden osalta pyrkimättä jaottelemaan niitä erityisemmin (Ganther ja Kreling 2000, Figueiras ym. 2008, Wang ym. 2009). Tutkimuksen vastausprosentti olisi voinut olla suurempi, jos taulukkoon olisi valittu esimerkiksi kolme akuuttia sairautta ja kolme pitkäaikaista sairautta. Vastaajien olisi tällöin ollut helpompi arvioida maksuhalukkuuttaan kunkin sairauden osalta. Taulukkoon kokonaan vastaamatta jättäneiden keski-ikä oli 60 vuotta, mikä on hieman alempi kuin kyselylomakkeen kaikkiin kysymyksiin vastanneiden keski-ikä (63 vuotta). Vastaamatta jättäneet eivät siis olleet muita iäkkäämpiä, joten ikä ei selittänyt vastaamattomuutta. Kysymykseen vastaamatta jättäneistä suurin osa (57 %) kuului kahteen alimpaan tuloluokkaan. Näihin tuloluokkiin kuuluvien osuus koko aineistossa (kaikki palautuneet lomakkeet) oli 39 %. He olivat siis yliedustettuina vastaamattomien joukossa. Tämä saattaa heikentää käytetyn taulukon luotettavuutta aineiston valikoitumisen takia.

Kyselytutkimuksen alkuperäinen vastausprosentti oli 64. Kun aineistosta poistettiin lomakkeet, joissa oli yksikin puutteellinen vastaus, muodostui vastausprosentiksi 40. Koska kyselylomakkeissa ei ollut vastaajien yhteystietoja, ei palautumattomia lomakkeita ollut mahdollista pyytää. Ilman karhuamismahdollisuutta valikoimattomalle joukolle lähetettyjen kyselylomakkeiden vastausprosentti on parhaimmillaan 30–40

(Hirsjärvi ym. 2008, s. 191). Vastausprosentin olisi toivonut olevan suurempi, koska kyselylomake annettiin henkilökohtaisesti vastaajille. Kysymyksessä ei kuitenkaan ollut informoitu kysely, sillä muutkin kuin tutkimuksen tekijä jakoivat kyselylomakkeita asiakkaille (Uusitalo 1995, Hirsjärven ym. 2008, s. 191 mukaan ). Vastausprosenttia voidaan siten pitää tyydyttävänä.

Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, että vastausprosentti ei ollut suurempi kuin 40. Käytettävissä olleista resursseista johtuen otokseksi valikoitui kolmen apteekin aikuiset reseptiasiakkaat yhden viikon aikana. Koska ei ole tietoa siitä, kuinka hyvin näiden apteekkien kyselylomakkeeseen vastanneet asiakkaat edustavat Suomen avoapteekkien aikuisia reseptiasiakkaita, voi tuloksia pitää suuntaa antavina eikä niistä voi tehdä johtopäätöksiä koko maan osalta. Maamme apteekkien välillä on nimittäin suuria eroja muun muassa toimitettujen reseptien lukumäärässä, apteekin maantieteellisessä sijainnissa ja asiakaskunnassa esimerkiksi sairastavuuden, iän ja varallisuuden suhteen (Turunen 2008).

## 6.2 Maksuhalukkuuteen vaikuttavat tekijät

Projektityössä yskän hoitoon liittyi suurin lääkkeen vaihtohalukkuus. Maksuhalukkuus yskän hoidossa oli siten pienin. Myös tutkimuksessa, jossa vertailtavana oli viisi eri sairautta, oli yskän hoidossa vaadittava hintaero pienin, jotta henkilöt ostaisivat geneerisen lääkkeen alkuperäislääkkeen sijasta (Ganther ja Kreling 2000). Projektityössä influenssa oli niiden sairauksien joukossa, jossa lääkkeen vaihtohalukkuus oli suuri. Tulos poikkesi siitä, miten influenssa oli tutkimusta suunniteltaessa ryhmitelty (lyhyt sairauden kesto, suuri riski). Tulos on kuitenkin samansuuntainen tutkimuksen kanssa, jossa selvitettiin aikuisten mielipiteitä geneerisistä lääkkeistä kolmen eri sairauden hoidossa (Figueiras ym. 2008). Tutkimuksen mukaan henkilöt hyväksyivät geneerisen lääkkeen mieluummin influenssan kuin astman tai angina pectoriksen hoidossa.

Varsinkin pitkäaikaisia sairauksia (korkea kolesteroli, silmänpainetauti, diabetes, astma) hoidettaessa vain hieman yli puolet vastanneista vaihtaisi lääkärin määräämän lääkkeen

edullisempaan alle 6 € hintaerolla (Kuva 3). Eroja eri sairauksien vakavuudessa voikin olla vaikeampi havaita pitkäaikaisia sairauksia verrattaessa (Wang ym. 2009). Maksuhalukkuuden arvioiminen näiden sairauksien hoidossa on vaikeampaa, koska täytyy ottaa huomioon sekä sairauden vakavuus että lääkekustannusten pitkäaikaisuus.

Lääkkeen vaihtohalukkuus riippui asiakkaan tuloista siten, että alimpaan tuloluokkaan (talouden nettotulot alle 1000 € kuukaudessa) kuuluvat vaihtaisivat lääkärin määräämän lääkkeen muita useammin edullisempaan. Tulos tuki sitä käsitystä, että (käytettävissä olevat) tulot vaikuttavat maksuhalukkuuteen. Tutkimuksissa on havaittu, että iäkkäämmät suhtautuvat yleensä kielteisemmin lääkevaihtoon kuin nuoremmat (Heikkilä ym. 2007, Honrubia ym. 2007). Projektityössä iäkkäämmät (65 vuotta täyttäneet) eivät kuitenkaan eronneet nuoremmista maksuhalukkuuden suhteen.

### 6.3 Käsitykset viitehintajärjestelmän oikeudenmukaisuudesta

Alimpaan tuloluokkaan kuuluvat asiakkaat olivat muita useammin sitä mieltä, että he ovat lääkkeitä ostaessaan viitehintajärjestelmän takia eriarvoisessa asemassa maksukykynsä perusteella. Tilastollisesti merkitsevä ero oli kuitenkin vain alle 1000 € ja 3001–4000 € tuloluokkien välillä ( $p=0.02$ ). Tutkimusten mukaan erilaiset toimenpiteet, joilla lääkkeen käyttäjien maksuosuutta reseptilääkkeistä lisätään, todennäköisesti vähentävät oikeudenmukaisuutta terveydenhuollon käytössä (Gemmill ym. 2008). Alhaiseen tuloluokkaan kuuluvien kuluttajien reseptilääkkeiden kysynnän hintajousto ei eronnut muihin tuloluokkiin kuuluvista, mutta he vähensivät silti reseptilääkkeiden kulutusta, vaikka heidän maksamansa omavastuu reseptilääkkeistä oli alhainen (Gemmill ym. 2008). Projektityön tulokset osoittivat, että alempiin tuloluokkiin kuuluvat voivat suhtautua viitehintajärjestelmään muita kriittisemmin. Tällä voisi olla kielteisiä vaikutuksia lääkehoidon kannalta, jos he myös kieltäytyisivät lääkevaihdosta muita useammin. Kanadalaisessa seurantatutkimuksessa saatiin nimittäin viitteitä siitä, että varsinkin tärkeiden lääkkeiden käyttö vähenee ja terveydelliset haitat lisääntyvät, kun asiakkaan omavastuuosuus lääkkeitään kasvaa (Tamblyn ym. 2001).

#### 6.4 Tulosten merkitys lääkeneuvonnan kannalta ja lisätutkimusten tarve

Tutkimuksen avulla löydettiin 16 esimerkkisairausten joukosta ne sairaudet, joiden hoidossa vaihtohalukkuus lääkärin määräämän lääkkeen vaihtamiseksi edullisempaan oli pieni. Tietoa voi hyödyntää apteekin lääkeneuvonnassa korostamalla lääkevaihdon turvallisuutta asiakkaille, jotka ostavat apteekista lääkkeitä varsinkin pitkäkestoisten sairauksien hoitoon. Lääkevaihdon turvallisuuden voi samalla tavalla ottaa puheeksi myös iäkkäiden asiakkaiden lääkeneuvonnassa, koska he voivat suhtautua lääkevaihtoon nuorempia kielteisemmin.

Mahdollisissa jatkotutkimuksissa tulisi miettiä huolellisesti sitä minkä sairauksien osalta asiakkaiden maksuhalukkuutta halutaan arvioida. Sairauksien jaottelun tulisi olla tätä tutkimusta tarkempi. Syövän sijaan sairauksina voisi olla esimerkiksi eturauhassyöpä, munasarjasyöpä jne. Voisi olla myös tärkeää tutkia, mikä merkitys asiakkaan terveydentilalla tai hänen mahdollisilla sairauksillaan on lääkkeen vaihtohalukkuuteen. Laajojen 16 sairauten kyselyiden sijaan voisi olla tuloksellisempaa keskittyä pienempään määrään sairauksia kerrallaan. Tutkimukset kannattaisi tehdä postikyselynä tai puhelinhaastatteluna, jotta saataisiin edustava väestöotos (Turunen 2008).

### 7 YHTEENVETO

Projektityössä tutkittiin apteekkien reseptiasiakkaiden lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuutta eri sairauksia hoidettaessa. Alimpaan tuloluokkaan kuuluville riitti pienempi hintaero, jotta he vaihtaisivat lääkärin määräämän lääkkeen edullisempaan viitehinnalliseen.

Maksukorttimenetelmän avulla voidaan esimerkkisairauksista erottaa sairaudet, joissa lääkkeen vaihtamisen maksuhalukkuus on suuri tai pieni. Jotta tulosten yleistettävyyksi olisi parempi, olisi mahdollisissa jatkotutkimuksissa käytettävä laajempaa aineistoa.

Valtaosa vastaajista (85 %) oli sitä mieltä, että viitehintajärjestelmä on tehokas keino



yhteiskunnan lääkekulujen kasvun hillitsemiseksi. Lähes yhtä suuri osa heistä (80 %) oli samaa mieltä viitehintajärjestelmän tehokkuudesta omien lääkekulujensa pienentämisessä. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvat olivat useimmin sitä mieltä, että viitehintajärjestelmän takia asiakkaat ovat lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella.

## KIRJALLISUUSLUETTELO

- Aronson JK: Risk perception in drug therapy. *Br J Clin Pharmacol* 62: 135-137, 2006
- Banzhaf HS, Burtraw D, Evans D, Krupnick A: Valuation of Natural Resource Improvements in the Adirondacks. *Land Econ* 82: 445-464, 2006
- Barner JC, Branvold A: Patients' willingness to pay for pharmacist-provided menopause and hormone replacement therapy consultations. *Res Soc Adm Pharm* 1: 77-100, 2005
- Bateman JJ, Carson RT, Day B, Hanemann M, Hanley N, Hett T, Jones-Lee M, Loomes G, Mourato S, Özdemiroglu E, Pearce DW, Sugden R, Swanson J: *Economic Valuation with Stated Preference Techniques: A Manual*. ss. 1-25, 1. painos. Edward Elgar Publishing, Inc., Cheltenham 2002
- Berg MJ, Gross RA, Tomaszewski KJ, Zingaro WM, Haskins LS: Case evidence of breakthrough seizures. *Neurology* 71: 525-530, 2008
- Bishop RC, Heberlein TA, Kealy MJ: Contingent Valuation of Environmental Assets: Comparisons with a Simulated Market. *Nat Resour J* 23: 619-633, 1983
- Blumenschein K, Johannesson M, Yokoyama KK, Freeman PR: Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: results from a field experiment. *J Health Econ* 20: 441-457, 2001
- Bryan S, Jowett S: Hypothetical versus real preferences: results from an opportunistic field experiment. *Health Econ*. Julkaistu Internetissä 27.11.2009, haettu 6.1.2010: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/5749/home?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Crealey GE, McElnay JC, Badri M: Pharmacist provided service to reduce the risk of medication related problems: a contingent valuation study. Poster The 29<sup>th</sup> Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making (20-24 lokakuuta 2007). Haettu 6.1.2010 Internetistä: <http://smdm.confex.com/smdm/2007pa/techprogram/P3592.HTM>
- Davit BM, Nwakama PE, Buehler GJ, Conner DP, Haidar SH, Patel DT, Yang Y, Yu LX, Woodcock J: Comparing Generic and Innovator Drugs: A Review of 12 Years of Bioequivalence Data from the United States Food and Drug Administration. *Ann Pharmacother* 43: 1583-1597, 2009
- Figueiras MJ, Marcelino D, Cortes MA: People's views on the level of agreement of generic medicines for different illnesses. *Pharm World Sci* 30: 590-594, 2008
- Fimea 2009: Lääketieto-Lääkevaihto-Keskeiset käsitteet. Haettu 29.12.2009 Internetistä: <http://www.laakelaitos.fi/laaketieto/laakevaihto/kasitteet>
- Frew EJ, Whynes DK, Wolstenholme JL: Eliciting Willingness to Pay: Comparing Closed-Ended with Open-Ended and Payment Scale Formats. *Med Decis Making* 23:

150-159, 2003

Gaither CA, Kirking DM, Ascione FJ, Welage LS: Consumers' Views on Generic Medications. J Am Pharm Assoc 41: xxx, 2001

Ganther JM, Kreling DH: Consumer Perceptions of Risk and Required Cost Savings for Generic Prescription Drugs. J Am Pharm Assoc 40: 378-383, 2000

Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E: What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. Int J Equity Health 7: xxx, 2008

Hassali MAA, Shafie AA, Jamshed S, Ibrahim MIM, Awaisu A: Consumers' views on generic medicines: a review of the literature. IJPP 17: 79-88, 2009

HE 100/2008 vp: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja lääkelain muuttamisesta 2008. Haettu 28.2.2009 Internetistä: [http://217.71.145.20/TRIPviewer/temp/TUNNISTE\\_HE\\_100\\_2008\\_fi.html](http://217.71.145.20/TRIPviewer/temp/TUNNISTE_HE_100_2008_fi.html)

Heikkilä R, Mäntyselkä P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R: Customers' and Physicians' opinion of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. Health Policy 82: 366-374, 2007

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P: Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu 2008

Honrubia AF, Carbajal de Lara JA, Cebrián BC, Cuéllar BB, Silvestre MP, Merino CP, López-Torres HR, Gascón EMJ, Martínez TE, Cano VT, Andrés CE, Salar PF, Gómez EE, Giménez BE: Acceptance of replacement by generic medicines at community pharmacies. Aten Prim 39: 81-85, 2007

Kansaneläkelaitos 2009: Viitehintajärjestelmä on säästänyt puolessa vuodessa 43 miljoonaa euroa. Kela tiedottaa 2.11.2009. Haettu 10.3.2010 Internetistä: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/021109122613PM?OpenDocument>

Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL: Clinical Equivalence of Generic and Brand-Name Drugs Used in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 300: 2514-2526, 2008

Kjoenniksen I, Lindbaek M, Granas AG: Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. Pharm World Sci 28: 284-289, 2006

Liu J-T, Tsou M-W, Hammitt JK: Willingness to pay for weight-control treatment. Health Policy 91: 211-218, 2009

Lloyd A, McIntosh E, Rabe KF, Williams A: Patient preferences for asthma therapy: a discrete choice experiment. Prim Care Respir J 16: 241-248, 2007

Lääketeollisuus 2010: Hintakilpailu laskee alkuperäislääkkeiden hintoja. Tiedote 24.2.2010. Haettu 10.3.2010 Internetistä: [http://www.laaketeollisuus.fi/page.php?page\\_id=99&news\\_id=769](http://www.laaketeollisuus.fi/page.php?page_id=99&news_id=769)

Ojeda MI, Mayer AS, Solomon BD: Economic Valuation of environmental services sustained by water flows in the Yaqui River Delta. *Ecol Econ* 65: 155-166, 2008

Okechukwu I, Bennett K, Feely J: General practitioners' ranking of evidence-based prescribing quality indicators: a comparative study with a prescription database. *Br J Clin Pharmacol* 62: 218-224, 2006

Paldán M, Martikainen J: Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi tilastoina. Julkaisussa: Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 68, ss. 27-38. Toim. Ahonen R, Martikainen J, Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2005

Porteous T, Ryan M, Bond CM, Hannaford P: Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. *Br J Gen Pract* 57: 911-917, 2007

Ready RC, Buzby JC, Dayuan H: Differences between Continuous and Discrete Contingent Value Estimates. *Land Econ* 72: 397-411, 1996

Rowe RD, Schulze WD, Breffle WS: A Test for Payment Card Biases. *J Environ Econ Manag* 31: 178-185, 1996

Ryan M, Scott DA, Donaldson C: Valuing health care using willingness to pay: a comparison of the payment card and dichotomous choice methods. *J Health Econ* 23: 237-258, 2004

Ryan M, Watson V: Comparing welfare estimates from payment card contingent valuation and discrete choice experiments. *Health Econ* 18: 389-401, 2009

Sagardui-Villamor JK, Lacalle Rodriguez-Labajo M, Casado-Buendía S: Substitution of generic for brand medicines in primary care, factors associated to refuse the change. *Aten Prim* 36: 489-493, 2005

Shrank WH, Cox ER, Fischer MA, Mehta J, Choudhry NK: Patients' Perceptions Of Generic Medications. *Health Aff* 28: 546-556, 2009

Silvo K, Melanen M, Gynther L, Torkkeli S, Seppälä J, Kärmeniemi T, Pesari J: Yhtenäinen päästöjen ja ympäristövaikutusten arviointi: lähestymistapoja ympäristölupaprosessin tueksi II Ympäristövaikutusten taloudellinen arvottaminen. *Suomen ympäristö* 373, 2000

Simoens S, De Coster S: Sustaining generic medicines markets in Europe. *J Gen Med* 3: 257-268, 2006

Smith RD: It's not just what you do, it's the way that you do it: the effect of different payment card formats and survey administration on willingness to pay for health gain.

Health Econ 15: 281-293, 2006

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Viitehintajärjestelmä hillitsee lääkekorvausmenojen kasvua. Tiedote 112/2009. Haettu 10.3.2010 Internetistä: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1401373#fi>

Suh D-C: Consumers' Willingness to Pay for Pharmacy Services that Reduce Risk of Medication-Related Problems. J Am Pharm Assoc 40: xxx, 2000

Suomen Apteekkariliitto 2009a: Aptekeissa siirryttiin sujuvasti viitehintaan. Tiedote 24.4.2009. Haettu 11.3.2010 Internetistä: <http://www.apteekkariliitto.fi/Viestinta/Tiedotteet/Sivut/Aptekeissasiirryttiinsujuvastiviitehintaan.aspx>

Suomen Apteekkariliitto 2009b: Lääkkeiden hintojen raju lasku jatkuu. Tiedote 15.10.2009. Haettu 11.3.2010 Internetistä: <http://www.apteekkariliitto.fi/Viestinta/Tiedotteet/Sivut/L%C3%A4%C3%A4kkeidenhintojenrajalaskujatkuu.aspx>

Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle P, Mallet L: Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons. JAMA 285: 421-429, 2001

Tootelian DH, Gaedeke RM, Schlacter J: Branded Versus Generic Prescription Drugs: Perceptions of Risk, Efficacy, Safety, and Value. Journal of Health Care Marketing 8: 26-29, 1988

Turunen J: Kyselytutkimus. Kirjassa Yhteiskunnallinen lääketutkimus-ideasta näyttöön, ss. 56-76, 1. painos. Toim. Hämeen-Anttila K, Katajavuori N. Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia, Helsinki 2008

Unützer J, Katon WJ, Russo J, Simon G, von Korff M, Lin E, Walker E, Ludman E, Bush T: Willingness to Pay for Depression Treatment in Primary Care. Psychiatr Serv 54: 340-345, 2003

Vallès J-A, Barreiro M, Cereza G, Ferro J-J, Martínez M-J, Escribà J-M, Iglesias B, Cucurull E, Barceló E: A prospective multicenter study of the effect of patient education on accessibility of generic prescribing in general practice. Health Policy 65: 269-275, 2003

Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D: Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy. JAMA 299: 1016-1017, 2008

Wang C, O'Neill SM, Rothrock N, Gramling R, Sen A, Acheson LS, Rubinstein WS, Nease Jr DE, Ruffin IV MT: Comparison of risk perceptions and beliefs across common chronic diseases. Prev Med 48: 197-202, 2009

Whynes DK, Wolstenholme JL, Frew E: Evidence of range bias in contingent valuation payment scales. Health Econ 13: 183-190, 2004

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010: Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto>Ristiintaulukointi. Haettu 9.5.2010 Internetistä: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html#riippumattomuustesti>

## **Hyvä tutkimukseen osallistuja**

Suomessa on ollut käytössä vuodesta 2003 alkaen lääkevaihto. Huhtikuun alussa 2009 sitä laajennettiin niin sanotulla viitehintajärjestelmällä, jonka perusteella lääkkeen korvaus lasketaan. Lääkevaihto on tähän mennessä tuonut säästöjä sekä lääkkeiden käyttäjille että Kansaneläkelaitokselle. Viitehintajärjestelmän myötä lääkkeiden hintojen odotetaan edelleen laskevan.

Tässä tutkimuksessa selvitämme, onko eroja halukkuudessa vaihtaa lääke halvempaan, kun hoidetaan erityyppisiä sairauksia. Tutkimus täydentää Suomessa aikaisemmin tehtyjä lääkevaihtotutkimuksia.

Teidät on valittu apteekissa asioivista satunnaisesti tähän kyselytutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimustulokset käsitellään tilastollisesti, eikä yksittäistä vastaajaa voi niistä tunnistaa.

Saatte tutkimuslomakkeen apteekissa asiointinne yhteydessä. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa 10-15 minuuttia. Voitte vastata kyselyyn joko apteekissa tai kotonanne. Jos vastaatte kyselyyn apteekissa, pyydämme palauttamaan vastauksenne suljetussa kirjekuoressa apteekin henkilökunnalle. Jos vastaatte kyselyyn kotonanne, pyydämme palauttamaan vastauksenne oheisessa kirjekuoressa. Vastaattehan kyselyyn mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 4.10.2009 mennessä.

Tutkimus on osa apteekkiproviisoreille tarkoitettua ammatillista täydennyskoulutusta, jonka järjestää Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.

Teidän vastauksenne on tärkeä, jotta saadaan tietoa käyttöön otetun viitehintajärjestelmän vaikutuksista asiakkaiden näkökulmasta. Kiitämme jo etukäteen osallistumisestanne kyselyyn. Tutkimukseen liittyvissä kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä allaolevaan osoitteeseen.

Ystävällisin terveisin

Jouni Honkanen  
Proviisori  
puh. 040-5810967  
[j.honkanen@kolumbus.fi](mailto:j.honkanen@kolumbus.fi)

**Ympyröikää vastaustanne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tilaan.**

**1. Käytättekö säännöllisesti jotain reseptilääkettä?**

- 1 kyllä**
- 2 ei**

**2. Kuinka usein ostatte apteekista reseptilääkkeitä itsellenne?**

- 1 kerran kolmessa kuukaudessa tai harvemmin**
- 2 kerran kuukaudessa tai joka toinen kuukausi**
- 3 2-3 kertaa kuukaudessa**
- 4 kerran viikossa tai useammin**

**3. Käytättekö jotain lääkettä, josta saatte erityiskorvauksen? (Sairauden numero on Kela-korttinne takana).**

- 1 kyllä**
- 2 ei**
- 3 en osaa sanoa**



4. Viitehintaa vaikuttaa lääkkeen Kela-korvauksen laskemiseen. Jos lääkärin määräämä lääke on viitehintaryhmän lääkettä kalliimpi ja asiakas kieltää lääkkeen vaihtamisen halvempaan lääkkeeseen, lasketaan Kela-korvaus viitehinnasta ja viitehinnan ylittävän osan lääkkeen hinnasta asiakas maksaa kokonaan itse. Jos asiakas suostuu lääkevaihtoon, lasketaan Kela-korvaus lääkkeen koko hinnasta.

Vastatkaa seuraavaan kysymykseen siitä riippumatta, mitä lääkkeitä itse käytätte. Ottakaa kantaa taulukossa esitettyyn väittämään jokaisen hoidettavan sairauden kohdalla laittamalla vain yksi rasti sen vaihtoehdon kohdalle, joka parhaiten vastaa mielipidettänne.

	Rahallinen säästö itselleni (hintaero), jotta vaihtaisin lääkärin määräämän lääkkeen viitehinnalliseen (halvempaan) lääkkeeseen.					
	alle 2 €	3-5 €	6-10 €	11-15 €	yli 15 €	En vaihtaisi lääkärin määräämää lääkettä.
Diabetes						
Närästys						
Syöpä						
Silmän herpesinfektio						
Astma						
Hammassärky						
Sepelvaltimotauti						
Klamydia						
Parkinsonin tauti						
Yskä						
Masennus						
Influenssa						
Korkea kolesterolit						
Virtsatietulehdus						
Silmänpainetauti						
Laskimotukkeuman ehkäiseminen leikkauksen jälkeen						

**5. Ottakaa kantaa seuraaviin väittämiin.**

**A. Viitehintajärjestelmä on tehokas keino yhteiskunnan (veronmaksajien) lääkekulujen kasvun hillitsemiseksi.**

- 1 täysin samaa mieltä**
- 2 osittain samaa mieltä**
- 3 ei samaa eikä eri mieltä**
- 4 osittain eri mieltä**
- 5 täysin eri mieltä**

**B. Viitehintajärjestelmä on tehokas keino omien lääkekulujen pienentämiseksi.**

- 1 täysin samaa mieltä**
- 2 osittain samaa mieltä**
- 3 ei samaa eikä eri mieltä**
- 4 osittain eri mieltä**
- 5 täysin eri mieltä**

**C. Viitehintajärjestelmän takia asiakkaat ovat lääkkeitä ostaessaan eriarvoisessa asemassa heidän maksukykynsä perusteella.**

- 1 täysin samaa mieltä**
- 2 osittain samaa mieltä**
- 3 ei samaa eikä eri mieltä**
- 4 osittain eri mieltä**
- 5 täysin eri mieltä**

## **TAUSTATIEDOT**

### **6. Sukupuoli**

- 1 nainen**
- 2 mies**

### **7. Minä vuonna olette syntynyt?**

**19\_\_\_\_\_**

### **8. Mikä seuraavista kuvaa elämäntilannettanne parhaiten tällä hetkellä?**

- Olen**
- 1 kokopäivätyössä**
  - 2 osa-aikatyössä**
  - 3 työtön työnhakija**
  - 4 yksityisyrittäjä**
  - 5 työeläkkeellä**
  - 6 työkyvyttömyyseläkkeellä**
  - 7 äitiys- tai vanhempainlomalla tai hoitovapaalla**
  - 8 opiskelija**
  - 9 muu, mikä? \_\_\_\_\_**

### **9. Kuinka monta yli 18-vuotiasta aikuista talouteenne kuuluu?**

- 1 yksi aikuinen**
- 2 kaksi aikuista**
- 3 kolme aikuista**
- 4 neljä tai useampi**

### **10. Kuinka suuret ovat taloutenne yhteenlasketut kuukausitulot verojen vähentämisen jälkeen (= nettotulot)?**

- 1 alle 1000 euroa**
- 2 1001-2000 euroa**
- 3 2001-3000 euroa**
- 4 3001-4000 euroa**
- 5 4001-5000 euroa**
- 6 yli 5000 euroa**

**KIITOS VASTAUKSESTANNE**

.